



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DANIELI JULIANI GARBUIO TOMEDI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
PERCEPÇÕES DE EGRESSOS RECEM FORMADOS DE
ENFERMAGEM E INTERFACES COM O PENSAMENTO
COMPLEXO

DANIELI JULIANI GARBUIO TOMEDI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
PERCEPÇÕES DE EGRESSOS RECEM FORMADOS DE
ENFERMAGEM E INTERFACES COM O PENSAMENTO
COMPLEXO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Lucia Garanhani

Londrina
2017

DANIELI JULIANI GARBUIO TOMEDI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
PERCEPÇÕES DE EGRESSOS RECEM FORMADOS DE
ENFERMAGEM E INTERFACES COM O PENSAMENTO COMPLEXO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mara Lucia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 03 de fevereiro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Claudenir e Giuliana, por quem tenho muito orgulho e sou muito grata. Pela presença constante em minha vida, por todo amor e incentivo.

Ao meu querido irmão Mateus, que sempre foi um grande amigo e parceiro. Por sempre me apoiar, acreditar em mim e no meu potencial.

Àquele que, no decorrer desta caminhada, tornou-se meu marido, Juliano, cujo apoio e incentivo me fizeram chegar aonde cheguei. Pelo companheirismo e compreensão em todos os momentos em que estive ausente; por todas as palavras de apoio e carinho; e também por sempre me incentivar a realizar os meus sonhos.

À minha querida orientadora Mara que, de forma muito carinhosa, me acompanhou durante esse período, incentivando-me a seguir em frente, amparando-me em meus momentos de dificuldade e vivenciando comigo as mudanças que ocorreram em minha vida durante esse período. Sempre com muita paciência compreendeu os momentos tristes que atravessaram essa caminhada e comemorou comigo as minhas conquistas. Obrigada por me encorajar a seguir por caminhos diferentes. Esse foi um período de muita reflexão e crescimento!

Aos professores doutores Beto e Marli por aceitarem prontamente o convite de participar da banca desta dissertação, sempre foram muito solícitos e atenciosos. A contribuição de vocês foi muito importante para mim e para o enriquecimento desse trabalho.

À estimada professora Andreia Gastaldi que sempre esteve comigo, desde o término da graduação, durante a residência, como docente e orientadora, e agora, durante o mestrado, também como estudiosa da educação em saúde. Você sempre foi um exemplo para mim, como profissional e pessoa.

À toda minha família: aos meus avós, exemplos a serem seguidos, de persistência, dedicação e amor, e em especial ao meu avô Diniz.

A todos os tios e primos, que fazem parte de minha história e responsáveis por me tornar aquilo que sou. Vocês são importantes para mim!

Aos meus sogros, Rose e Jorge, e cunhados, Ivana e Anderson, que compreenderam quando estava cansada e ausente, e que pelas palavras de incentivo, me encorajaram durante esses dois anos.

Às minhas amigas: Izabela, Dayane, Franciely, Ariane e Viviane, que sempre estiveram determinadas em sua formação profissional, inspirando-me a seguir em frente e crescer como profissional. Auxiliaram-me ao abrir portas ao longo da minha vida!

Aos meus colegas de turma de mestrado, especialmente à Erika e ao Robson, por todo companheirismo e apoio. Agradeço à nossa turma como um todo, foi um privilégio poder conhecer todos vocês e compartilhar tantos momentos, cada um tornou-se um exemplo de superação.

Enfim, agradeço a todos os participantes desta pesquisa, que sempre me receberam de forma atenciosa e que contribuíram tanto para este trabalho. Muito obrigada!

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas
criar as possibilidades para a sua própria
produção ou a sua construção.”
Paulo Freire

TOMEDI, Danieli Juliani Garbuio. **Educação em saúde:** percepções de egressos recém-formados de enfermagem e interfaces com o Pensamento Complexo. 2017. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

A formação do enfermeiro exige o desenvolvimento de algumas competências, dentre elas, a educação em saúde. O objetivo deste trabalho foi compreender o desenvolvimento do tema transversal educação em saúde na formação e no início da prática profissional de enfermeiros recém-formados de uma universidade pública. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada em um curso de enfermagem que implementa o currículo integrado, o qual é composto por módulos interdisciplinares perpassados por temas transversais, sendo um deles, a educação em saúde. As fontes de dados constituíram-se pelas entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 enfermeiros atuantes nas áreas de atenção básica e hospitalar. A coleta de dados deu-se no período de novembro de 2015 a julho de 2016. O diálogo foi gravado e transcrito na íntegra e submetidos à análise de conteúdo de Bardin e a discussão dos resultados foi aprofundada de acordo com o referencial da teórico de Edgar Morin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade em estudo. Os resultados e as discussões foram organizados em três manuscritos. O primeiro relacionou as concepções de educação em saúde dos enfermeiros recém-formados com os conceitos da compreensão humana e os resultados permitiram inferir que alguns egressos não atingiram a compreensão intelectual e humana. Entre os egressos que demonstraram compreensão objetiva do conceito de educação em saúde, que foi mais perceptível, observamos ênfase nas estratégias de ensino tradicionais citadas; entre àqueles que se aproximaram da compreensão humana houve menor ênfase, evidenciando que ainda se constitui em um movimento de construção, apresentando vários ruídos de comunicação. O segundo manuscrito analisou as percepções sobre a formação para a educação em saúde de enfermeiros recém-formados e as relacionou com o conhecimento pertinente. Os resultados mostraram que a educação em saúde tem sido ensinada de forma contextualizada, globalizada e de forma multidimensional. No entanto a complexidade não foi relacionada à educação em saúde pelos egressos, sendo esse pressuposto, associado às características do próprio currículo integrado. O terceiro manuscrito buscou compreender como o recém-formado desenvolve ações de educação em saúde, visando à autonomia do usuário. Os resultados permitiram inferir que desenvolver ações de educação em saúde no início da prática profissional é um desafio ao recém-formado. Neste momento ele encontra-se em pleno desenvolvimento de sua própria autonomia e, somente quando começa a consolidar seu autogoverno, é que o enfermeiro recém-formado é capaz de auxiliar na construção da autonomia do outro. Assim, reforçamos a necessidade de valorização das competências educativas pelas instituições de educação superior, para que estas se desenvolvam com um olhar voltado à uma prática construtivista que vise a participação popular.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação em Enfermagem. Currículo. Recém-formado. Pesquisa Qualitativa.

TOMEDI, Danieli Juliani Garbuio. **Educação em saúde:** percepções de egressos recém-formados de enfermagem e interfaces com o Pensamento Complexo. 2017. 117 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

The nurse training requires the development of some skills, including health education. The aim of this study was to understand the development of the crosscutting theme education in health training and at the beginning of the professional practice of nursing graduates of a public university. This is a qualitative, exploratory research, held in a nursing course that implements the integrated curriculum, which consists of interdisciplinary modules carry for cross-cutting issues, one of them being, health education. The data sources for the semi-structured interviews conducted with 14 nurses who work in the areas of primary care and hospital. Data collection took place during the period November 2015 July 2016. The dialogue recorded and transcribed in full and submitted to Bardin's content analysis and discussion of the results was depth according to the theoretical referential Edgar Morin. The Ethics Committee of the University approved the research. Results and discussions organized in three manuscripts. The first related the conceptions of health education of nurses graduates with the concepts of human understanding and the results have made it possible to infer that some graduates did not reach the intellectual and human understanding. Among the graduates who have demonstrated objective understanding of the concept of health education, which was most noticeable, emphasis on traditional teaching strategies cited; among those who approached the human understanding there was less emphasis, showing that still constitutes a building movement, showing various noises to communicate. The second manuscript examined perceptions about training for health education of nurses newly trained and the related with the relevant knowledge. The results showed that health education has taught so contextualized, globalized and so multidimensional. However, the complexity not related to health education for graduates, with that assumption, associated to the characteristics of the integrated curriculum itself. The third manuscript sought to understand how the newly formed develops health education initiatives, aimed at user autonomy. The results allowed to infer that develop actions of health education at the beginning of the professional practice is a challenge to the newly formed. Right now, he is in full development of your own autonomy and, only when it begins to consolidate your self-rule, the newly formed nurse is able to assist in the construction of the autonomy of the other. Thus, we reinforce the need for enhancement of educational skills by institutions of higher education, so that they can develop with a look back to a constructivist practice aimed at popular participation.

Keywords: Health education. Education in nursing. Curriculum. Newly formed. Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CNRS	Centre National de Reserche Scientifique
CRESP	Centro de Pesquisas e de Estudos Sociais e Políticas
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretriz Curricular Nacional para Enfermagem
DCNs/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem
DGRST	Delegação Geral de Pesquisa Científica e Técnica
E	Egresso
Epesmel	Escola Profissional e Social do Menor de Londrina
GFAS	Grupo de Estudos na Formação na Área da Saúde
PIM I	Práticas Interdisciplinares e de Interação Ensino Serviço e Comunidade 1
PIM II	Práticas Interdisciplinares e de Interação Ensino Serviço e Comunidade 2
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PPCs	Projetos Pedagógicos de Curso
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	DESPERTAR PAR A TEMÁTICA.....	11
2	INTRODUÇÃO	14
3	OBJETIVOS	19
3.1	Objetivo Geral.....	19
3.2	Objetivos Específicos	19
4	REVISÃO DE LITERATURA	20
4.1	Educação em Saúde: alguns conceitos.....	20
4.2	Educação em Saúde: do contexto histórico à contemporaneidade	22
4.3	Educação em Saúde: da formação à prática profissional do enfermeiro.....	25
4.4	O Currículo Integrado do curso de Enfermagem da UEL	30
5	REFERENCIAL TEÓRICO	36
5.1	Biografia de Edgar Morin	36
5.2	Crise das ciências.....	39
5.3	O Pensamento complexo.....	41
5.4	Os princípios operadores.....	42
5.4.1	Hologramático.....	43
5.4.2	Recursivo.....	43
5.4.3	Dialógico	44
5.4.4	Autonomia.....	45
5.5	Os sete saberes necessários para a educação do futuro	45
5.5.1	Conhecimento pertinente.....	46
5.5.2	Ensino da compreensão humana	47
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	49
6.1	Delinamento da pesquisa	49
6.2	Local da pesquisa	49

6.3	Participantes da pesquisa.....	50
6.4	Procedimento de coleta de dados	50
6.5	Análise dos dados	52
6.6	Aspectos éticos.....	53
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
7.1	Manuscrito I: Educação em saúde: concepções de recém-formados sob a perspectiva da compreensão humana	55
7.2	Manuscrito II: Ensino da educação em saúde na perspectiva do conhecimento pertinente: percepção de egressos de enfermagem	71
7.3	Manuscrito III: Autonomia do usuário: desafios da educação em saúde no início da prática profissional do enfermeiro.....	90
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
9	REFERÊNCIAS.....	109
10	APÊNDICES.....	117
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
11	ANEXOS	118
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	118

Despertar para a Temática

1 DESPERTAR PAR A TEMÁTICA

A Universidade Estadual de Londrina (UEL) sempre me recebeu de braços abertos. Toda a minha formação como pessoa e como enfermeira aconteceu graças a todas as possibilidades que a universidade me ofereceu: sou graduada, fiz residência em Cuidados Intensivos do Adulto e, neste momento, tenho a oportunidade de fazer parte da turma de mestrandos de Enfermagem da UEL. E, adicionalmente, tenho a oportunidade e o desafio de estudar o tema Educação em Saúde.

No começo da graduação surgiram as primeiras dificuldades, pois o modelo tradicional que conheci na educação escolar começou a se desconstruir. Tudo era muito novo e diferente para mim: tutorial, grupo de estudo, conhecimentos prévios, estudo direcionado. Como saber se eu realmente estava aprendendo de forma significativa sem as aulas expositivas?

Foi então que, aos poucos, o conhecimento foi se esboçando e os tutorais passaram a ser algo familiar para mim. No segundo, terceiro e quarto anos, ao olhar para trás, percebi que havia aprendido e construído meu conhecimento juntamente com o apoio de docentes e colegas de classe. Percebi que todos os momentos que foram oportunizados trouxeram algo novo e concreto para seguir minha caminhada.

No último ano da graduação, surgiram muitas dúvidas em relação à direção que deveria tomar. A Saúde Coletiva me interessava muito, mas a área de cuidados ao paciente crítico me parecia muito desafiadora. Foi então que uma docente, coordenadora da Residência em Cuidados Intensivos do Adulto, teve uma conversa franca comigo e me mostrou as possibilidades que seriam oferecidas nessa área. Encantei-me por esse universo e tenho a sorte de poder trabalhar com algo para o que me preparei e que aprendi tanto a gostar.

Nesse tempo, me envolvi muito com a questão curativa, uma vez que os pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são pacientes muito graves, poucas vezes conscientes. As famílias que chegavam para a visita frequentemente eram atendidas pelos residentes de medicina e pela psicóloga. Sendo assim, a oportunidade que tive, ao planejar e organizar atividades educativas, estava relacionada às aulas que preparava para a graduação. Apesar da forma problematizadora que o curso de enfermagem me ensinou a aprender, a forma

expositiva era aquela que ainda fazia sentido para mim.

Logo após o término da residência, passei a trabalhar em uma UTI de um hospital de alta complexidade. Durante esse período, a assistência de enfermagem foi meu foco, as ações de educação em saúde ficaram em segundo plano. Muitas vezes pela rotina que exigia demais, outras vezes também por falta de incentivo.

Quando passei no processo seletivo do mestrado, minha proposta de estudo estava relacionada a um trabalho quantitativo, com o objetivo de desenvolver um protocolo para melhorar a higiene oral de pacientes críticos, área de interesse para mim, uma vez que se relacionava intrinsecamente com meu campo de trabalho.

Foi então que surgiu meu primeiro desafio: desenvolver um estudo qualitativo. Durante o trabalho de conclusão de curso da graduação eu tive a oportunidade de desenvolver um trabalho qualitativo, no entanto, na residência, meu trabalho foi quantitativo. Essas experiências mostraram-me a afinidade maior que senti com a pesquisa qualitativa. Após muitos encontros com minha orientadora e as aulas do mestrado sobre pesquisa qualitativa, percebi a importância e relevância desse tipo de estudo e passei a me familiarizar mais com essa metodologia.

Meu segundo desafio relacionou-se ao estudo proposto: o tema transversal educação em saúde sob a perspectiva dos egressos do curso de enfermagem da UEL. Nesse momento, senti-me parte do meu próprio estudo e, como egressa, várias ideias começaram a surgir e comecei a imaginar os resultados que poderiam emergir a partir do meu trabalho.

Ao desenvolver esta pesquisa, primeiramente procurei definir e tornar sólido para mim mesma o significado de educação em saúde. Foi então que percebi que minha noção sobre esse tema também teria que se transformar. Nos estágios em que realizei consultas de enfermagem e atividades de educação em saúde para a população, ainda pautava-me na transmissão de conhecimentos. Percebi a importância de valorizar os conhecimentos e experiências do outro e percebi também que, mesmo como profissional de saúde, não sou detentora de todo o conhecimento e que o aprendizado e a construção do conhecimento surgem a partir de encontros e trocas de experiências.

Todo o processo de coleta dos dados, por meio das entrevistas, permitiu-me reencontrar colegas de classe, bem como meus calouros. Os discursos

recordaram-me muitas coisas que vivi durante a graduação e fizeram-me perceber quantas oportunidades e momentos direcionados à educação em saúde são ofertados nos módulos e que talvez eu nem tivesse me dado conta. Percebi também que, muitas vezes, esse tema se desenvolve de forma sutil, não explícito.

Assim, foi por meio da construção deste trabalho que percebi a importância da educação em saúde no cotidiano do enfermeiro, e que sua elaboração deve acontecer desde o início da graduação.

Introdução

2 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a educação em saúde pode ser definida como um processo de construção de conhecimentos com o objetivo de apropriação de saberes pela população. É um conjunto de práticas que visam aumentar a autonomia das pessoas em seu cuidado e no debate com os profissionais de saúde e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde conforme suas necessidades.

“Educação em saúde” é um termo complexo e compreende em si diversas dimensões: a política, a filosófica, a social, a religiosa, a cultural, além de envolver aspectos próprios do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade. O termo “educação em saúde” também abriga, em sua característica, o processo saúde-doença em suas duas faces: diminuição ou controle da doença, e o aumento da qualidade de vida e prevenção da doença (SALCI et al., 2013).

Dessa forma, pode-se dizer que as práticas de educação em saúde estão envolvidas em três esferas: os profissionais de saúde, que atuam na prevenção e na promoção de saúde tanto quanto nas práticas curativas; os gestores, que apoiam esses profissionais; e a população, que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados (FALKENBERG et al., 2014).

A educação em saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo compreender a realidade em que o indivíduo se encontra inserido e, a partir disso, propor ações que transformem seu contexto e o conduzam à sua autonomia e emancipação, sendo capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (SALCI et al., 2013).

Para tanto, o conhecimento e a compreensão da cultura tornam-se importantes nesse processo, uma vez que essa temática reflete diretamente em como as pessoas vivem e se relacionam em sociedade, valorizando os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico (SALCI et al., 2013; FALKENBERG et al., 2014).

Nesta realidade há o desafio situa-se na área da formação dos profissionais de saúde, que ainda sofre forte influência pela visão curativista e hospitalocêntrica, na qual os focos são a doença e o conhecimento científico

construído por especialidades. Assim, o desafio atual é pela formação de cidadãos e profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e competências de modo a atuar em qualquer nível de atenção à saúde. Profissionais estes que tenham um olhar voltado para além dos aspectos biológicos do processo saúde-doença, e que valorizem e percebam as características sociais, históricas, econômicas, ambientais e culturais do meio em que vivem. (BUDÓ; SAUPE, 2004; LEITE; PRADO; PERES, 2010; SALCI et al., 2013; GARANHANI et al., 2013)

Portanto, objetiva-se a construção de um perfil acadêmico para os profissionais da saúde com novas perspectivas, com abordagens contemporâneas e que considerem as novas demandas exigidas pelas transformações do mundo do trabalho, considerando as diversidades e complexidades dos cenários de práticas e a integração ensino-serviço. É necessário, ainda, aliar o desenvolvimento tecnológico, tão necessário em função das inovações que ocorrem na atualidade, às necessidades sociais em saúde (HADDAD, et al., 2008).

No contexto do desenvolvimento da educação em saúde, encontra-se o profissional de enfermagem. Por sua característica voltada ao cuidado, a relação entre este profissional e o usuário é bastante estreita, sendo assim, sua atuação torna-se fundamental no processo de mudança social, que por meio da educação em saúde dialogada e da busca da construção compartilhada de conhecimento respeita e potencializa a autonomia do usuário por melhores condições de saúde (SILVA, et al., 2012; FALKENBERG et al., 2014).

No entanto, muitas vezes o desenvolvimento da educação em saúde na prática do enfermeiro, por influências do modelo de atenção à saúde vigente, também é pautado em uma visão curativa, com ênfase no conhecimento técnico científico especializado e na fragmentação das ações de saúde. Neste cenário, nos serviços de saúde em que ainda existem práticas educativas com o predomínio do autoritarismo dos profissionais e das informações verticalizadas, fortalece a reflexão sobre a importância do desenvolvimento da educação em saúde desde o início da formação profissional em cursos de graduação.

Essa questão tem sido alvo de discussão em vários estudos, tais como Budó e Saupe, 2004; Pereira, Soares e Campos, 2007; Abrahão e Garcia, 2009; Silva et al., 2012; Wendhausen e Saupe, 2013, que abordam as relações entre a prática educativa desenvolvida pelos profissionais de saúde e a realidade do preparo do enfermeiro na graduação para desempenhar este papel.

O ensino da educação em saúde torna-se também relevante frente ao que esta prática representa no cotidiano do enfermeiro, justificando que sua construção deve ocorrer desde a formação inicial em enfermagem, privilegiando a interface entre o ensino e o processo de trabalho. Faz-se necessário investir também na discussão e reflexão sobre como colocá-lo em prática a fim de promover a avaliação de suas experiências, procurando identificar equívocos e acertos, limites e possibilidades (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008), além de promover a autonomia do profissional e do usuário.

Dessa forma, a elaboração dos currículos de enfermagem e, conseqüentemente, de seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) devem ter um cuidado especial, no que se refere ao desenvolvimento de competências a serem adquiridas, por meio de conhecimentos, habilidades e atitudes, (BUDÓ; SAUPE, 2004) com destaque para aquelas voltadas à educação em saúde.

Para buscar uma melhor compreensão de como a educação em saúde está sendo desenvolvida no processo de formação do enfermeiro, optou-se por estudar egressos de um curso de graduação em enfermagem que utilizara uma proposta pedagógica diferenciada, o currículo integrado.

Trata-se do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) que, desde a sua criação, tem sua história marcada pelo envolvimento crescente dos docentes nas reflexões, lutas e propostas de mudanças na formação de profissionais comprometidos com a melhoria da qualidade do ensino e da prestação de serviços de saúde à população. Dessa forma, passou por sete reformas curriculares até o ano de 2011. Destaca-se, nesse período, o ano de 2000, em que foi implantado o currículo integrado, o qual se encontra vigente e, ainda, em processo de implementação, avaliação e reconstrução (DESSUNTI et al., 2014). A metodologia empregada é fundamentada na problematização, a qual exige do aluno um compromisso com os métodos de aprendizagem, por meio da autonomia, da criatividade e da responsabilidade social (GARANHANI; VALLE, 2010).

Esta proposta curricular vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação de Enfermagem (DCN/ENF), que orientam a elaboração dos PPCs e definem os princípios e os fundamentos para a formação dos enfermeiros (BRASIL, 2001). As DCNs preveem a formação de um profissional crítico, reflexivo, generalista, humanista e criativo, por meio da articulação entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Dessa forma, o Currículo Integrado tem a proposta de romper com o modelo de educação tradicional – tendência também observada no campo da educação em saúde – e buscar, a partir do conhecimento prévio dos alunos, uma construção de saberes, habilidades, pensamento crítico e a capacidade de aprendizagem (OPITZ et al., 2008; DESSUNTI et al., 2014).

O PPC do curso de Enfermagem da UEL estabelece módulos interdisciplinares ao longo dos quatro anos permeados por temas transversais, que foram selecionados a partir da proposta descrita nos Parâmetros Curriculares Nacionais da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (BRASIL, 1998). Os temas transversais são conteúdos que transpassam todos os módulos nas diferentes séries, de maneira crescente, articulados com os desempenhos essenciais a serem atingidos pelo estudante (BRASIL, 1998; GARANHANI et al., 2013). Um destes temas transversais trata da educação em saúde.

Desde sua implantação, o currículo integrado tem sido aprimorado por meio de várias pesquisas, com destaque para os estudos voltados para os temas transversais. Para tanto, o Grupo de Estudos na Formação na Área da Saúde (GFAS) vem trabalhando prioritariamente com esta temática, por meio de análise documental e pesquisas de campo envolvendo professores, estudantes e egressos (GIROTI; GARANHANI, 2015; PIEROTTI et al., 2014; PINTO; GASTALDI; GARANHANI, 2014; SILVA, GARANHANI, GUARIENTE, 2014; GIROTI et al., 2013; SILVA; GARANHANI; PERES, 2015; LUCCA et al., 2016).

O tema transversal educação em saúde tem sido investigado nesta realidade. Um dos trabalhos realizados fez análise documental e evidenciou algumas fragilidades relacionadas a esta temática (Pinto; Gastaldi; Garanhani, 2014). Os docentes e alunos envolvidos com a graduação estão sendo foco de investigação de uma doutoranda que se encontra em fase de finalização de seu trabalho. Desta forma, o presente estudo, optou por abordar a educação em saúde na perspectiva dos egressos.

Ao optar pelos egressos, precisamos considerar alguns pontos relevantes característicos desta população-alvo. A inserção de um recém-formado na equipe de enfermagem como profissional, nos diferentes serviços de saúde, é normalmente permeada pelo desconhecimento da realidade, falta de familiaridade com o processo de trabalho e de gestão, desafios relacionados às questões estruturais dos serviços, liderança, trabalho em equipe, atendimento ao usuário e

sua família, entre outros. Estas características, associadas à faixa etária jovem, às resistências e dificuldades de aceitação por parte da equipe de trabalho, e à falta de experiência e de destreza técnica dificultam o processo de inserção e atuação profissional do recém-formado (DIAS, GUARIENTE, BELEI, 2004, SILVA et al., 2010a, VILELA; SOUZA, 2010). Assim, investigar junto aos egressos como eles construíram o conceito de educação em saúde e o desenvolvem na prática cotidiana precisa ser pensado juntamente com estas características do início da profissão.

Diante disso, esta pesquisa tem os seguintes questionamentos: Como o tema transversal educação em saúde tem sido desenvolvido durante o curso de graduação na percepção de egressos? Sua aprendizagem tem sido significativa? O egresso do Currículo Integrado tem conciliado sua bagagem teórica com a sua prática profissional?

Espera-se, com este estudo, contribuir com o desenvolvimento da educação em saúde durante a graduação, tanto do currículo em estudo, como para outras escolas de enfermagem, uma vez que a atividade educativa possui relevância na atuação do enfermeiro e deve estar presente em seu cotidiano. Além disso, a utilização de temas transversais contribui para a formação de um profissional crítico, reflexivo, generalista, humanista e criativo por meio da articulação entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Compreender o desenvolvimento do tema transversal “Educação em Saúde” na formação e início da prática profissional do enfermeiro recém-formado de uma universidade pública.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Relacionar as concepções de educação em saúde para enfermeiros recém-formados de um currículo integrado com os conceitos da compreensão humana.
- ▶ Analisar as percepções sobre a formação para a educação em saúde de enfermeiros recém-formados e relacioná-las com o conhecimento pertinente.
- ▶ Compreender como o recém-formado desenvolve ações de educação em saúde, visando à autonomia do usuário.

Revisão de Literatura

4 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo aborda uma breve revisão teórica sobre o conceito do tema educação em saúde, sua construção durante o processo histórico, além da formação do enfermeiro e a contextualização do curso de Enfermagem da UEL.

4.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ALGUNS CONCEITOS

A educação relaciona-se intrinsecamente com a profissão de enfermagem, sua prática pode se desenvolver em vários âmbitos e recebe várias denominações, tais como: Educação Permanente, Educação Continuada, Educação em Serviço e o objeto deste estudo, Educação em Saúde. Entendemos que tais atividades possuem significados, ao mesmo tempo, distintos e complementares na atuação do enfermeiro. Por vezes, pela semelhança na denominação, seus conceitos podem ser confundidos entre si, porém, se fundamentam em princípios metodológicos diferentes.

A educação continuada é definida como um processo de atualização técnico-científica contínua e que oferece ao profissional a reflexão da profissão e de suas práticas, com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e elevar a autoestima, permitindo a experimentação da autonomia no desempenho profissional, e surge a partir de necessidades de readaptação e reorientação no seu processo de trabalho (SARDINHA, et al., 2013).

A educação permanente tem seu conceito definido na Política Nacional (BRASIL, 2007) como uma aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho, e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (SARDINHA, et al., 2013).

A educação em serviço se desenvolve como prática educativa integrada ao processo de educação no trabalho que se aplica às relações humanas do trabalho, e tem por objetivo o desenvolvimento de capacidade cognitiva, psicomotora e relacional, bem como o aperfeiçoamento diante da evolução tecnológica, dessa maneira contribui para a valorização profissional e institucional (SARDINHA, et al., 2013).

A educação em saúde é um processo permanente e tem, como

princípio norteador, a compreensão da causa dos problemas de saúde da comunidade e a busca por soluções por meio de participação e diálogo, com respeito à autonomia de cada participante envolvido neste processo. Ela prevê a construção de um saber de forma integrada, com metodologia problematizadora, e é permeada por elementos críticos e reflexivos. Sendo assim, a educação em saúde não pode ser caracterizada como uma transferência de conhecimentos, mas sim uma forma de intervir no mundo, cabendo ao educador o respeito aos saberes do educando e à sua autonomia, liberdade e criatividade (SILVA et al., 2012).

A educação em saúde pode ser compreendida como uma importante ferramenta no processo de conscientização individual e coletiva, de responsabilidade e direitos à saúde e com o objetivo de apropriação de saberes pela população. É um conjunto de práticas que visam aumentar a autonomia das pessoas em seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção à saúde conforme as suas necessidades. É um processo inerente a qualquer prática que se desenvolve no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e vai ao encontro dos próprios princípios deste sistema: universalidade, integralidade, equidade e participação social. (BRASIL, 2006; LEITE; PRADO; PERES, 2010)

A construção da educação em saúde acontece em movimento, de forma a propiciar o empoderamento comunitário e criar uma perspectiva de ampliação das condições de vida saudável. Portanto, torna-se fundamental trabalhar as várias situações conforme a realidade em que o indivíduo encontra-se inserido, valorizando seus aspectos culturais, as relações de gênero e os diferentes níveis socioeconômicos e políticos. É necessário conhecer o outro e adentrar as práticas cotidianas para desenvolver habilidades que possibilitem trocas efetivas, a fim de buscar uma inserção da pessoa na coletividade (FERREIRA et al., 2014; LOPES; TOCANTINS, 2012).

A educação de sujeitos voltada para a saúde requer a compreensão de que ela ocorre na forma de processo, em que aprender implica construir, e não adquirir conhecimentos; significa desenvolver habilidades pessoais e sociais, e não adaptar ou reproduzir comportamentos. Sendo assim, o objetivo da educação em saúde é o de oportunizar momentos de reflexões e ações capazes de possibilitar às pessoas um aprendizado consciente, sem a intenção de controlar suas vidas. A educação em saúde, vista neste contexto, pode ser compreendida no sentido de propiciar encontros entre profissionais e usuários do serviço de saúde, de modo a

promover o diálogo e a troca de experiências. Portanto, visa integrar vários saberes científicos e do senso comum, permitindo aos envolvidos uma visão crítica, participativa e autônoma (LOPES; TOCANTINS, 2012; FERREIRA et al., 2014; LEITE; PRADO; PERES, 2010; SANTOS; ALMEIDA; REIS, 2013)

Nesse aspecto, a educação em saúde se desenvolve como algo natural e como resultado da troca entre os indivíduos, por meio das palavras, gestos, troca de afeto e informações, sem até mesmo que isso seja consentido. Entende-se que a educação ocorre quando produz algo em determinado sujeito que nele já esteja internalizado, ou externaliza algo que já está presente nesse indivíduo (SILVA; ZANATTA, 2009).

Apesar da importância da construção do conhecimento e compartilhamento das informações, as ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde, em geral, ainda possuem um perfil de caráter mais autoritário, as quais são baseadas na transmissão de informações e voltadas à mudança de comportamento dos indivíduos, o que caracteriza um modelo assistencial fortemente voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e na fragmentação das ações de saúde (LEITE; PRADO; PERES, 2010).

Para melhor compreensão desta discussão, devemos entender que, durante muito tempo, o principal método de educação empregado foi a transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica, também denominada por Paulo Freire como “educação bancária”, sendo assim denominada porque, na visão dos professores, considerados como detentores do conhecimento, o saber era depositado no aluno, que não possuía conhecimento prévio, assim como uma folha em branco. Este tipo de educação não está relacionado à realidade do indivíduo e propicia a dominação sobre a massa (MACIEL, 2009).

O termo “educação em saúde” tem seu conceito construído ao longo dos anos conforme o caminhar da história da saúde pública no Brasil, tendo sofrido influência também das transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral (MACIEL, 2009; FALKENBERG et al., 2014).

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DO CONTEXTO HISTÓRICO À CONTEMPORANEIDADE

Sabe-se que a mudança desse paradigma tem sido enfrentada historicamente. A intenção de substituir as práticas normativas, detentoras de

conhecimento curativista, por uma nova prática de educação em saúde, crítica e transformadora, direcionada à promoção da saúde, é a nova perspectiva das políticas públicas de saúde.

A educação em saúde foi sendo delineada no decorrer do processo histórico. A prática de educação em saúde não é uma proposta recente. Na Europa, no século XVIII, eram elaborados panfletos, também chamados de almanaques populares, os quais difundiam o cuidado higiênico para gestantes, crianças e medidas gerais de controle de epidemias. Durante muito tempo as ações educativas estavam relacionadas ao simples conceito de divulgação de informações sobre as doenças, salientando os “certos” e “errados”, bem como as formas de prevenção (MACIEL, 2009).

No Brasil, o termo “educação em saúde” vem sendo utilizado desde o início do século XX, quando foram utilizadas estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, nas quais as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias e as ações do Estado se davam por meio das campanhas sanitárias. A falta de diálogo e entendimento no discurso da educação em saúde das autoridades sanitárias para com o povo acabou culminando na Revolta da Vacina, em 1904 (SILVA et al., 2010a).

Ainda de acordo com Silva et al. (2010a), no início da Era Vargas, foram criados os Centros de Saúde para difusão de noções de prevenção de doenças infecto-parasitárias, porém, com a valorização da assistência médica individual em detrimento da saúde pública. A saúde da população começava a declinar e as ações educativas em saúde nesse período ficaram restritas aos programas e serviços destinados à população de baixa renda.

Com a ascensão do governo militar, após a Revolução de 1964, houve um movimento de repressão popular e as condições de saúde da população pioraram ainda mais, com aumento na incidência de doenças como Tuberculose, Malária e Chagas, associadas a altos índices de mortalidade e morbidade (MACIEL, 2009).

A partir desse cenário, profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas dos serviços de saúde, e que não atendiam às camadas mais necessitadas da população brasileira, deram início ao “Movimento Popular em Saúde”, que tinha como objetivo a incorporação da participação popular e valorização de seus saberes, dando lugar a processos educativos mais democráticos (MACIEL, 2009;

SILVA et al., 2010a; FALKENBERG et al., 2014).

Esse movimento resultou na Reforma Sanitária, que aconteceu em meio a lutas políticas e institucionais intensificadas durante toda a década de 80. Houve a participação de profissionais que traziam uma bagagem de experiências inovadoras em relação à organização da atenção à saúde, e muitos deles passaram a ocupar posições de gestão em algumas administrações públicas mais progressistas. Além disso, o movimento também contou com a colaboração de algumas lideranças políticas e de organizações da sociedade civil (GOMES; MERHY, 2011).

Com a consolidação da Reforma Sanitária e a criação do SUS, em 1988, com a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, o foco passou a ser a prevenção e a integralidade no atendimento, sendo difundida a educação popular em saúde (BRASIL, 1988; SILVA et al., 2010a).

A ação educativa vem produzindo diferentes abordagens na prática em saúde ao longo do tempo. Algumas são centralizadas no higienismo e na transmissão de conhecimento, características encontradas no início da prática da educação em Saúde Pública no Brasil, mas que ainda percorrem os dias de hoje. Outras são mais atuais e que valorizam o intenso compartilhamento de saberes, criando momentos e espaços para discussão, além de promover a troca de conhecimento sobre a saúde, possibilitando a construção de novos modos de promover hábitos saudáveis (ABRAHÃO; GARCIA, 2009).

Após a implantação do SUS, apesar dos diferentes movimentos articulados, a educação tradicional ainda destaca-se como método para a realização da educação em saúde, com o poder centrado nas mãos do profissional de saúde. Nesse âmbito, a educação popular em saúde continua lutando para incorporar outras práticas e espaços educativos, na busca do empoderamento por parte da comunidade, baseando-se no encorajamento e apoio, para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (SILVA et al., 2010a).

Ainda de acordo com o autor, apesar do grande desenvolvimento e de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde, ainda pode-se observar algumas concepções do modelo tradicional de educação em saúde. Dessa forma, a educação popular ainda é ideologizada, sendo que alguns profissionais investem nela porque acreditam que, dessa forma, podem transformar não só a vida dos indivíduos, mas também a

organização da sociedade. A prática vigente de educação em saúde ainda é a prescritiva e vertical, a tradicional. Esta educação valoriza a adoção de hábitos e a persuasão dos indivíduos, por meio da adoção de comportamentos saudáveis (deixar de fumar, aceitar a vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos, etc.), que acontecem pelo contato com veículos de comunicação em massa, como TV, cartazes e jornais, ou mesmo pelas informações transmitidas pelo educador.

Talvez um dos grandes desafios seja a formação de uma nova hegemonia representada por recursos humanos de formação orientada pela educação popular e respeito aos saberes da comunidade, em busca de uma verdadeira cidadania compartilhada (SILVA et al., 2010a). Portanto, a educação em saúde pode ser apreendida como prática privilegiada no campo das Ciências da Saúde, porém, sua construção continua a ser um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, que busquem a participação ativa dos indivíduos de forma reflexiva e que tragam resultados a fim de transcender o campo teórico e caminhem em direção a uma realidade concreta (FALKENBERG et al., 2014).

4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA FORMAÇÃO À PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

As práticas educativas são uma constante na vivência dos profissionais da saúde, dentre eles a do enfermeiro, cuja essência tem sido apontada por grupos de profissionais como sendo o cuidado. O cuidado envolve todo um conjunto de práticas, entre as quais a educação é um de seus elementos fundamentais. Cuidar passa a ser muito mais do que fazer, ajudar ou orientar dentro do nosso saber acadêmico técnico-científico (BUDÓ; SAUPE, 2004).

De acordo com Leite, Prado e Peres (2010), vários estudos demonstram que a ação educativa está essencialmente presente em um processo de trabalho assistencial, particularmente no trabalho da enfermagem, o que demonstra a importância dessa atividade na prática diária do profissional de enfermagem.

Podemos observar também que a profissão de enfermagem denominada moderna nasce para dar conta dos problemas enfrentados pelo governo, no sentido de resolver questões mais econômicas do que de saúde, mas

nasce voltada para a saúde pública e, nesta, vinculada especialmente ao cuidado, no qual se incluem o ensino e orientação às pessoas. Todavia, o ensino da enfermagem não seguiu propriamente este caminho, pois em seu desenvolvimento foi priorizando a enfermagem curativa e hospitalocêntrica exigida pelo complexo médico-hospitalar, abdicando da ênfase em promoção e educação em saúde que fundamentou suas origens (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Dessa forma, faz-se necessário vislumbrar o profissional de enfermagem como um ator político-social, ou seja, um agente no processo de mudança social. Acredita-se que, por meio da educação em saúde como método de ensino dialógico, o enfermeiro possa aprender a respeitar e potencializar a autonomia do usuário na luta por melhores condições de saúde (SILVA et al., 2012).

Budó e Saupe (2004) refletem que trabalhamos com pessoas que possuem um referencial de vida marcado pela visão de mundo, crenças e valores de uma cultura que as orienta em todos os momentos e que, na situação de crise, procuram um serviço de saúde e, muitas vezes, passam a ser pacientes tratados uniformemente, como se todos fossem iguais, por meio dos padrões gerais de atendimento à saúde e à universalização de sintomas e patologias. Nesta situação, o saber popular é negado e imposto um conhecimento e prescrição fundamentados no modelo técnico-científico, próprio da academia, e que, ainda hoje, é centrado na doença.

Os autores ainda defendem que, apesar da necessidade sentida pelo enfermeiro de trabalhar na educação, não tem havido uma formação adequada para esta necessidade sentida. Com a nova legislação para a elaboração dos novos currículos de enfermagem e seus Projetos Pedagógicos de Curso, tem ocorrido uma crescente preocupação em explicitar as competências a serem adquiridas através de conhecimentos, habilidades e atitudes, que contemplem este preparo (BUDÓ; SAUPE, 2004).

Em uma investigação sobre o perfil de competências necessárias à ação educativa do enfermeiro em seu processo de trabalho, Leonello e Oliveira (2008) identificaram dez competências que são importantes que integram esse perfil, sendo elas:

1. Integralidade do cuidado à saúde: articular atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde numa perspectiva de trabalho interdisciplinar e de cuidado ampliado à saúde.

2. Articular teoria e prática: refletir sobre a realidade visando à superação e transformação.
3. Promover o acolhimento: reconhecer e compreender as necessidades de saúde e o contexto em que estão inseridas. Construir vínculo com os usuários de forma a comprometer-se com a superação dos problemas e necessidades de saúde.
4. Reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade: superar os problemas por meio de diálogo participativo.
5. Respeitar a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de andar a vida: superar as práticas educativas coercitivas e cultivar uma perspectiva pedagógica que defenda a atenção integral e humanizada.
6. Reconhecer e respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional: não há hierarquia em relação aos diferentes saberes, que são sempre incompletos e inacabados e que se constroem à medida que são contextualizados, confrontados e articulados.
7. Utilização do diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde: requer do profissional humildade, empatia e pensar crítico.
8. Utilizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo: permitir que o outro expresse seus conhecimentos, valores e necessidades.
9. Instrumentalização dos sujeitos com informação adequada: refletir e problematizar a realidade, auxiliando no processo de decisão em relação à própria vida.
10. Valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde: entender que, sem a articulação, não há como enfrentar e resolver os problemas de saúde dos sujeitos.

Dessa forma, percebe-se que este perfil requer uma ressignificação da ação educativa no cuidado à saúde como uma prática que alicerça e reorienta a atenção à saúde. Porém, nota-se que a construção de um perfil de competências, por si só, não garante a renovação das práticas. É necessário investir também na discussão e reflexão sobre como colocá-lo em prática e que suas experiências sejam avaliadas procurando identificar equívocos e acertos, limites e possibilidades. Sua construção deve ocorrer desde a formação inicial em enfermagem, com interface entre o ensino e o processo de trabalho em enfermagem (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008).

Também é comum atribuir a educação em saúde aos trabalhadores da área da saúde, embora devesse ser entendida como uma ação que integra outros profissionais, dando uma visão de interdisciplinaridade. A educação em saúde constitui um dos instrumentos utilizados pela enfermagem tanto no modelo assistencial individual, como no modelo de saúde coletiva, onde as preocupações estão direcionadas para o controle da doença como fenômeno coletivo. Todo o contato que a enfermagem tem com o usuário do serviço de saúde, estando a pessoa doente ou não, deveria ser considerado uma oportunidade de ensino de saúde. Enquanto que a pessoa tem direito de decidir se aprende ou não, a enfermagem tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

Esta temática representa relevância para que a educação em saúde deixe de ser uma teoria e se torne realidade no trabalho dos profissionais de saúde. Este processo tem seu início desde a formação do profissional durante a sua graduação (FALKENBERG et al., 2014; SILVA et al., 2012).

Para tanto, estudos conduzidos por Budó e Saupe (2004); Pereira, Soares e Campos (2007); Abrahão e Garcia (2009); Silva et al. (2012); Wendhausen e Saupe (2013) buscaram compreender como as práticas educativas são desenvolvidas pelos profissionais de saúde e sua correlação com o seu preparo já na graduação para o desenvolvimento do seu papel de educador.

Os resultados dessas pesquisas revelaram que, para os enfermeiros, a educação em saúde possui relevante importância na prática profissional. Alguns profissionais apontaram que a educação em saúde faz parte de um processo contínuo, onde o usuário é o agente ativo de sua aprendizagem, porém, outros ainda reafirmaram a ideia de educação de acordo com o modelo bancário. Além disso, foi considerada importante a formação dos docentes para assegurar a função educadora comprometida com o desenvolvimento social.

A formação do conhecimento é algo muito mais complexo para a qual não existe uma metodologia definida que garanta um resultado satisfatório em todas as situações. Exige criatividade e a mobilização de diversos atores sociais na busca de alternativas que possam superar os entraves para a comunicação. O despreparo dos profissionais, a utilização de metodologias inflexíveis e arcaicas e características da própria comunicação em si são barreiras que precisam ser contornadas para atingir o objetivo de empoderar a população com os recursos

necessários à participação ativa na prevenção, tratamento e recuperação da saúde (CARVALHO, et al., 2012).

A importância do ensino da educação em saúde em cursos de graduação em enfermagem é evidenciada pelo fato de que sua proposta encontra-se descrita nas DCNs/ENF, as quais orientam a elaboração dos Projetos Pedagógicos de Curso e definem os princípios e os fundamentos para a formação dos enfermeiros.

As DCNs apresentam competências e habilidades básicas e subsidiárias das ações do enfermeiro nos diferentes âmbitos de atuação que constituem o núcleo essencial da prática do enfermeiro generalista, a partir do qual poderão advir outras ações conforme os Projetos Pedagógicos de Curso de graduação em enfermagem. Além disso, elas discorrem sobre os conteúdos essenciais, os quais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (BRASIL, 2001).

Dessa forma, de acordo com as DCNs, a educação em saúde surge como um dos princípios indispensáveis na proposta de formação do enfermeiro, porém de forma implícita, sendo apresentada como “enfermeiro promotor da saúde integral”. Além dos princípios, as DCNs (BRASIL, 2001, p.2) trazem em seu conteúdo, no artigo quinto, algumas habilidades e competências específicas a serem apreendidas pelo enfermeiro relacionadas à educação em saúde, sendo elas:

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.

Nesse sentido, a construção da educação em saúde em instituições de ensino articuladas ao processo consolidação efetiva do SUS tem se constituído como um desafio (BRASIL, 2006). A formação destes profissionais acontece em meio a um ritmo acelerado de evolução de conhecimento, às mudanças no processo de trabalho em saúde, além das transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos em movimento. Ademais, há uma busca incessante pelo equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Portanto, a formação superior na área da saúde requer um comprometimento da academia com a necessidade de integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde (HADDAD et al., 2008).

Frente à importância do desenvolvimento da educação em saúde durante a formação do enfermeiro, encontra-se o Currículo Integrado do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL, que adota a educação em saúde como um dos temas transversais em seu desenvolvimento. Esta realidade torna-se oportuna para o desenvolvimento de um estudo de caso neste curso.

4.4 O CURRÍCULO INTEGRADO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UEL

A Universidade Estadual de Londrina é uma entidade de direito público criada no ano de 1970 pelo Decreto nº 18110, de 28 de janeiro de 1970, e reconhecida no ano de 1971 pelo Decreto Lei nº 69324, de 7 de outubro de 1971. Nesse mesmo ano, o curso de Graduação em Enfermagem foi criado pela Resolução UEL nº 53, de 26 de outubro, e passou a ser ofertado no ano de 1972. (DESSUNTI, et al., 2014).

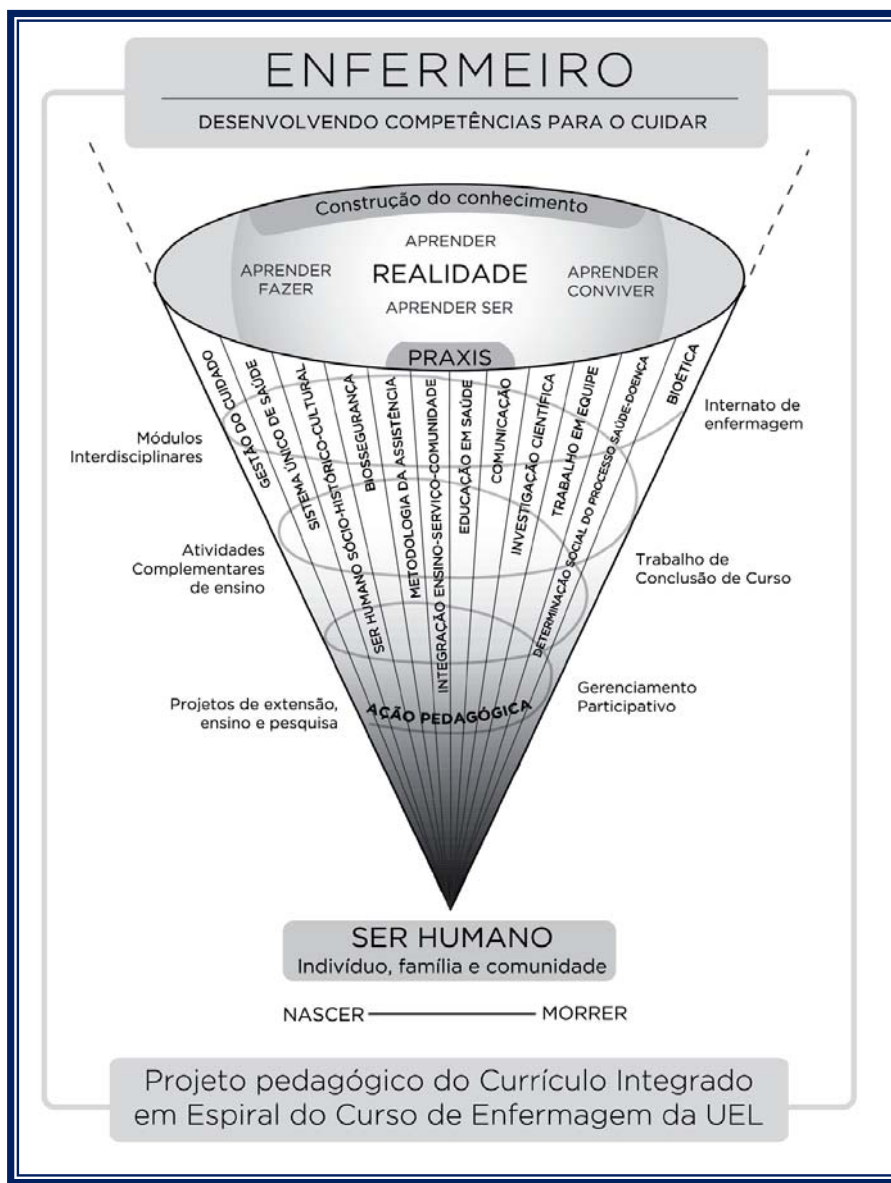
O curso de Enfermagem da UEL surgiu em um cenário onde a cidade de Londrina diferenciava-se pelo comprometimento com mudanças relevantes na área da saúde, na busca de melhoria das condições de vida e de saúde da população, visando à formação de profissionais com perfil diferenciado. Desde a sua criação, o curso tem sua história marcada pelo envolvimento crescente dos docentes nas reflexões, lutas e propostas de mudanças na formação de profissionais comprometidos com a melhoria da qualidade do ensino e da prestação de serviços de saúde à população (DESSUNTI, et al., 2014).

Dessa forma, ao longo de seus mais de 45 anos de história, o curso de Enfermagem da UEL passou por sete reformas curriculares, com destaque para o ano de 1992, quando foi criado o Internato de Enfermagem, e o ano de 2000,

quando iniciou o Currículo Integrado (GARANHANI et al., 2013).

Para o desenvolvimento do currículo integrado, foi adotado o princípio de currículo em espiral, que propõe a organização do curso partindo do geral para o específico, em níveis crescentes de complexidade e em sucessivas aproximações. Assim, novos conhecimentos e habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras são introduzidos em momentos subsequentes, retomando o que já foi aprendido e mantendo interligações com os conhecimentos prévios. A metodologia empregada é fundamentada na problematização (GARANHANI; VALLE, 2010; GARANHANI et al., 2013). Com isso, pretende-se que o aluno alcance, gradualmente, uma maior amplitude e profundidade do conhecimento, conforme ilustrado na Figura 1:

Figura 1: Projeto Político Pedagógico do Currículo Integrado em espiral do curso de Enfermagem da UEL, Londrina/PR, Brasil, 2014



Fonte: GARNHANI et al., 2013

Todas as séries do curso são estruturadas em módulos interdisciplinares, com unidades temáticas de ensino que buscam desenvolver as competências relacionando os conceitos principais e por meio da organização de atividades, de modo a favorecer a aprendizagem significativa e utilizando estratégias metodológicas ativas. Para tanto, cada módulo deve garantir o desenvolvimento de habilidades cognitivas (saber), psicomotoras (saber fazer) e atitudinais (saber ser e saber conviver), necessárias para o alcance dos desempenhos e competências (GARNHANI et al., 2013). Atualmente, a matriz curricular possui 18 módulos e está

configurada conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Matriz curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, Brasil, 2014

	1º SÉRIE	2º SÉRIE	3º SÉRIE	4º SÉRIE
1º SEMESTRE	A Universidade e o Curso de Enfermagem da UEL O Processo Saúde-Doença	Práticas do Cuidar	Saúde do Adulto II	Cuidado ao Paciente Crítico Doenças Transmissíveis: Prevenção e Cuidado Saúde Mental: Ações de enfermagem nos níveis de atenção à saúde
	PIM I	PIM II		TCC 2
2º SEMESTRE	Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser Humano	Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem Saúde do Adulto I Centro de Material e Biossegurança	Saúde da Mulher e Gênero Saúde da Criança e do Adolescente	Internato de Enfermagem
	PIM I	PIM II	TCC 1	TCC 2

Fonte: DESSUNTI et al., 2014

Nesses módulos, as atividades se desenvolvem em torno de conceitos-chave, para que desempenhos essenciais na formação do enfermeiro sejam alcançados. Nessa perspectiva, os conceitos das ciências básicas foram incorporados ao longo dos módulos, buscando relacioná-los com sua aplicação na prática profissional (GARANHANI et al., 2013).

Os planos de ensino utilizados nesses módulos são denominados “cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares”, os quais estão estruturados em: propósito geral, carga horária, professores e

departamentos responsáveis, áreas de conhecimento envolvidas, árvore temática e/ou mapa conceitual, competências, desempenhos e habilidades específicas, unidades de ensino e sequências de atividades, critérios de avaliação, cronograma, referências e anexos (GARANHANI et al., 2013).

Permeando os diferentes módulos interdisciplinares do Currículo Integrado, do primeiro ao quarto ano, encontram-se os “temas transversais”, que têm o propósito de contribuir para a formação de enfermeiros cidadãos, conscientes da realidade brasileira e capacitados a conviver num mundo globalizado. Os temas transversais são denominados “seivas” no currículo integrado e mantêm o mesmo significado dos temas transversais, ou seja, são conteúdos que transpassam todas as séries, de maneira crescente, articulados com os desempenhos essenciais a serem atingidos pelo estudante (BRASIL, 1998; GARANHANI et al., 2013).

Em 2000, foram definidas as seguintes seivas: Comunicação, Processo Saúde-Doença, Determinação Social, Gerência de Enfermagem, Processo do Cuidar, Sistema Único de Saúde, Integração e Ensino-Serviço-Comunidade, Homem Histórico, Trabalho em Equipe, Investigação Científica, Educação em Saúde e Bioética. Em 2005, o tema seivas foi revisto para a publicação do livro “O currículo integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade” (DELLAROZA; VANNUCHI, 2005).

Em junho de 2011, após uma oficina promovida pelo Colegiado de Curso, os temas transversais foram discutidos e reformulados, resultando na seguinte composição: Ser Humano Sócio-Histórico-Cultural; Determinação Social do Processo Saúde-Doença; Sistema Único de Saúde; Gestão do Cuidado; Metodologia da Assistência; Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Educação em Saúde, Comunicação, Investigação Científica; Trabalho em Equipe; Bioética e Biossegurança (GUARIENTE et al., 2012).

As discussões que surgiram em momentos posteriores a essa oficina definiram que as seivas deveriam constar em todos os cadernos de planejamento e desenvolvimento dos módulos interdisciplinares com suas respectivas definições. A apreensão da definição das seivas pelos docentes possibilitaria sua aplicação intencional nas atividades dos módulos e a utilização do nome de cada seiva nas atividades de ensino e aprendizagem desenvolvidas com alunos. O colegiado de curso tem promovido atividades entre os docentes, com a finalidade de aprofundar o conhecimento do conceito e troca de experiências sobre

como as seivas estão sendo trabalhadas nos módulos (GUARIENTE et al., 2012).

A avaliação no currículo integrado acontece de forma bidimensional, na qual o aluno é avaliado por conceito (apto e não apto), de acordo com as competências, desempenhos e habilidades desenvolvidos durante o módulo, levando em consideração os seus conhecimentos e também os aspectos afetivos e atitudinais. As competências e desempenhos que devem ser atingidos ao final de cada módulo foram definidos pelos professores após ampla discussão. Caso o estudante não os atinja ao longo do módulo, são propostas a ele atividades de recuperação (KIKUCHI et al., 2012).

Assim, nesta pesquisa optamos por estudar egressos deste currículo visando aprofundar o desenvolvimento do tema educação em saúde no processo de formação do enfermeiro.

Buscando aprofundar a análise dos resultados deste estudo, optou-se por utilizar alguns princípios do pensamento complexo defendidos pelo educador e filósofo Edgar Morin que serão explicitados na sequência.

Referencial Teórico

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Para aproximar o referencial teórico ao desenvolvimento do tema transversal educação em saúde durante a formação do enfermeiro, seguem a biografia de Edgar Morin, a crise das ciências, o pensamento complexo e a descrição de alguns de seus conceitos que serão abordados ao longo deste estudo, abrangendo os princípios operadores, o conhecimento pertinente, o ensino da compreensão humana e a autonomia.

5.1 BIOGRAFIA DE EDGAR MORIN

As obras de Edgar Morin estão intimamente ligadas à sua experiência de vida, tornando-se importante destacar alguns episódios históricos de seu tempo que colaboraram para a sua formação teórica e de vida.

Edgar Morin nasceu em Paris, no dia 8 de julho de 1921. Seu verdadeiro nome era David-Salomon Nahum, porém, seus pais preferiam chamá-lo de Edgar, e o sobrenome Morin foi adotado posteriormente. Sua família tem origem na descendência de judeus-safarditas, de onde vem o sobrenome Nahum. Essas famílias foram expulsas da Espanha no seu processo de unificação político no século XV (LEMIEUX, 2011).

Seu pai, Vidal Nahum, nasceu em 1894 em Salônica, na Grécia, e mais tarde se naturalizou francês. Sua mãe era Luna Beressi, que sofria de uma grave lesão no coração, proibindo-a de ter filhos, fato que nunca foi revelado a Vidal. Devido a isso, a gestação de Edgar aconteceu em condições dramáticas. O parto foi traumático e sob grande risco, tanto para a mãe, quanto para a criança (MORIN, 2002).

Em seus primeiros 10 anos de vida, viveu ao lado de seus pais, sua mãe vindo a falecer nessa época. Passou a ser criado pela sua tia materna, Corinne Beressi, com a qual não possuía muita afinidade. Esta perda teve forte impacto em sua infância, deixando marcas por toda a sua vida. A partir desse momento, procurou tentar preencher o vazio deixado pela partida de sua mãe com a literatura, usando-se desse instrumento para evitar contato com a família. (LEMIEUX, 2011).

Devido à sua descendência de família judia, sofreu na sua infância com o preconceito, e foi hostilizado muitas vezes por seus colegas de classe. Viveu

sua infância e adolescência num cenário em que o Nazismo, Fascismo, Franquismo e o Comunismo eram ideologias e sistemas políticos que dividiam o mundo europeu. Além disso, com os reflexos da crise econômica mundial em solo francês, passou por situação de desemprego e pobreza, sofrendo com as consequências drásticas de um mundo que caminhava para a 2ª Guerra Mundial (1939-1945) (LEMIEUX, 2011).

Aos 19 anos de idade, ingressou na faculdade de Letras e de Direito e na Escola de Ciência Política da Universidade *La Sorbonne*, porém, não com o interesse de seguir uma carreira, mas sim para a busca de conhecimento e por desejo de aprender. Porém, foi forçado a interromper seus estudos quando a França foi invadida pelo exército alemão (MORIN, 2002).

Ao final de 1941, aos 20 anos de idade, decide filiar-se ao Partido Comunista Francês, defendendo os ideais socialistas de liberdade e igualdade, e teve papel ativo no movimento de resistência à ocupação nazista durante a Segunda Guerra Mundial. As ideias de Marx o influenciaram e fundamentaram as bases de seu pensamento. Nesse período substituiu o sobrenome judaico Naum por Morin (MORIN, 2002).

Após a guerra, trabalhou como redator em jornais do partido comunista francês. Começam então seus primeiros atritos com comunistas por sua postura crítica. Já seu emprego foi cada vez mais discriminado no Partido Comunista, por ser um crítico da ideologia deste partido e também do regime stalinista, que, na sua visão, tinha uma proposta contrária àquilo em que acreditava, principalmente em relação ao dogmatismo e qualquer forma de ditadura. Em 1949, distanciou-se do Partido Comunista, que o expulsou dois anos após, em 1951. Nesse mesmo ano, foi convidado a ingressar como pesquisador no Centro Nacional de Pesquisa Científica (CNRS) em Paris, dedicando-se à investigação científica. Nessa instituição permanecerá até 1989 (LEMIEUX, 2011).

Em 1946 ele publica seu primeiro livro: *O Ano Zero da Alemanha*. Esta obra vem como resultado de sua vivência da guerra, da pobreza, do enrijecimento do regime comunista e de suas experiências com a morte relacionadas à perda da mãe e de muitos amigos na guerra. Nesta fase, ele começa a esboçar a base do pensamento complexo, principalmente a dialógica vida-morte, esperança-deseesperança, felicidade-tristeza, incorporando a ela o princípio da incerteza. Em 1951, ele publica o livro *O homem e a Morte*, como continuação de

sua investigação sociológica, antropológica e filosófica, com a discussão sobre a realidade imaginária do homem, abordando a questão das bases da cultura transdisciplinar (MORIN, 2009).

Em 1957 funda a revista *Arguments*, periódico no qual publica contribuições antropológicas, sociológicas, filosóficas, culturais e históricas dos principais pensadores do período. Morin, nessa época, em contato com os vários colaboradores da revista em seus pensamentos multidisciplinares, fundamentaria e alicerçaria as bases do pensamento complexo, principalmente em relação à superação da fragmentação dos saberes. Tornou-se diretor dessa revista até 1962 e prosseguiu ainda como colaborador por muitas décadas (RODRIGUES, 2011).

Além dos estudos que realizara sobre a cultura de seu tempo, Morin passa a estudar questões sobre o cinema, publicando o livro *Autocrítica*, em 1959, no qual pondera sobre sua participação no meio cultural e político e faz um primeiro balanço de sua vida. Em 1962, em parceria com Jean Rouch, escreve a obra *Crônica de um verão*, que se torna um filme (LEMIEUX, 2011).

A década de 60 foi um período de vasta produção. Durante o período de 1963 a 1964, juntamente com membros do Centro de Pesquisas e de Estudos Sociais e Políticas (CRESP), busca um pensamento que compreendesse a criação do homem e a inversão do sujeito, levando à construção da *sapiens-demens* e a definição de *homo complexus*. Nos anos de 1965 a 1966, Morin é convidado a participar de um grande projeto de pesquisa multidisciplinar financiado pela Delegação Geral de Pesquisa Científica e Técnica (DGRST). E, em 1967, é convidado a se tornar membro do *Grupo dos Dez*, onde os estudos de biologia e cibernética irão enriquecer sua formação e estruturar as bases do pensamento complexo (LEMIEUX, 2011).

De 1969 a 1970, Morin recebe um convite do *Instituto Salf* para ir à Califórnia para refletir sobre a relação da biologia e da sociologia. Nessa fase, tem seu primeiro contato com a revolução biológica genética, o que daria início três teorias que considera inseparáveis: a cibernética, a teoria dos sistemas e a teoria da informação. Essas teorias tecidas em conjunto irão fundamentar a Teoria da Complexidade (SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO, 2013).

Além das influências das três teorias citadas, no período de 1971 a 1976, Morin é iniciado na teoria autômata autorreprodutores de Von Neumann. É desse processo de encontros e influências que Morin vai organizando os princípios

do conhecimento que servirão como bases para uma das obras fundamentais do pensamento complexo e mais importante: *O Método* (LEMIEUX, 2011).

Foi convidado no ano de 1990 pelo Ministério de Educação da França para replanejar o ensino secundário francês. Nessa mesma época, recebeu outro convite, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (UNESCO), para apresentar os principais temas que não poderiam faltar na formação do cidadão do século XXI. Esse estudo deu origem ao livro: *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (MORIN, 2011).

Durante todos esses anos, muitos livros e artigos foram produzidos por Morin. Seu primeiro livro foi publicado quando tinha apenas 25 anos de idade, iniciando assim uma carreira longa e produtiva. Pelo menos 50 obras de relevância e significado foram produzidas, isso sem considerar os inúmeros artigos que ele escreveu para publicação em diferentes meios de comunicação, principalmente os jornais e revistas de circulação nacional e internacional. Hoje encontra-se com 95 anos e vive com sua esposa Edwige L. Agnes, com quem partilha a sua vida com impulso vigoroso para continuar o caminho a fim de resolver os grandes problemas sociais e resgatar a consciência da humanidade. Morin é considerado um dos mais importantes educadores e pensadores da atualidade, fruto de seu trabalho desenvolvido através de décadas (LEMIEUX, 2011).

5.2 CRISE DAS CIÊNCIAS

Os modelos de conhecimento foram construídos pelo homem conforme a realidade vivenciada por ele, composta pelos recursos disponíveis a cada época, dentre outros. A base do pensamento com que estamos habituados foi sendo construída nos séculos XVI e XVII, quando foi inaugurada a era Moderna. Até essa época, os pensamentos e costumes eram regidos pela Inquisição. Pensamentos contrários, como movimento dos planetas, composição das matérias e dos seres humanos, eram considerados hereges e sofriam repressão (NECHAR, 2009).

Logo após a era da Inquisição e ainda antes da era Moderna, houve um período de crítica aos saberes escolásticos, oriunda de um pensamento naturalista e outra vertente experimental, que surgiu a partir da “cultura prática” dos navegadores e descobridores marítimos, nos séculos XV e XVI. Essa segunda

vertente não revolucionou o conhecimento europeu, uma vez que faltava aos navegadores um *status* acadêmico. Foi um século marcado pela indefinição, com uma mistura de saberes racionais e de herança cultural (NECHAR, 2009).

Como a Inquisição era responsável por julgar o conhecimento, sua retração deu lugar às Academias, que se tornaram legitimadoras da verdade. Foi então que se impulsionou a mudança da perspectiva medieval, fazendo surgir a ciência, com alicerces na experimentação e observação. Houve descobertas na Física e na Astronomia, direcionadas por Galileu, Copérnico e Newton (SOARES, 2001).

Os modelos de conhecimento emergiram conforme a necessidade de cada época e, à medida que foram surgindo em lugares distintos e em determinado período, foram disseminados e compartilhados em um sistema de pensamento (NECHAR, 2009).

Assim, enquanto Galileu realizava seus experimentos na Itália, com abordagem empírica, com matematização da natureza, Francis Bacon descrevia o método empírico na Inglaterra. Formulou a teoria do poder indutivo, segundo o qual realizam-se experimentos para extrair uma conclusão geral a ser testada novamente por experimentos científicos. Em paralelo a esses conceitos científicos, outra revolução ocorria no campo filosófico humanista racionalista, com René Descartes, na França. Em sua obra *Discurso do Método*, inaugurou a modernidade científica. Nessa obra, Descartes apontou, como princípios fundamentais, os quatro seguintes preceitos: a evidência, sendo considerado como verdadeiro somente o que for evidente, a análise, que divide cada uma das partes quantas vezes for necessário para serem resolvidas, e a síntese, que segue uma linearidade para desvendar objetos, dos mais simples aos mais complexos, e a enumeração, que se realiza por meio de enumerações para se constatar que nada foi esquecido (NECHAR, 2009).

René Descartes, apesar do mérito de ter sido um dos criadores da ciência moderna, dissociou, de forma irreconciliável, a natureza e a cultura. As características da ciência do século XVII persistem em teorias científicas até nos dias de hoje. Possibilitaram grandes avanços científicos, porém, o modelo mecanicista, racionalista e dualista dificultava e, até mesmo, impossibilitava o reconhecimento de outras verdades (HOMO COMPLEXUS, 2009).

Portanto, no decorrer da história, com a evolução dos conhecimentos, fez-se necessário reconsiderar alguns conceitos estabelecidos

como verdade por não contemplarem as necessidades emergentes nas diversas áreas das ciências. E, na atualidade, a discussão acerca da subjetividade na validação da ciência é um dos pontos-chave na polêmica do que é considerado científico e não científico. Os filósofos da ciência a partir do século XX têm, como preocupação central, a compreensão do método científico (NECHAR, 2009).

Nos últimos anos, em diversas áreas acadêmicas, ocorreram vários questionamentos que surgiram pelo novo pensamento científico. A ciência contemporânea propõe uma abordagem sistêmica, interdisciplinar e reintegradora de tudo o que a ciência tradicional fragmentou. Esse novo paradigma emerge da ideia de que o homem é um ser biopsicossocial, indissociável de seu contexto cultural, o que constitui um sistema complexo, dinâmico e adaptativo (NECHAR, 2009; HOMO COMPLEXUS, 2009).

Estas influências também permearam os campos da educação e da saúde, determinando modelos que subsidiam a construção de conceitos mais ou menos fragmentados. Desencadearam também vários movimentos em busca do resgate da integralidade do homem a ser cuidado.

5.3 O PENSAMENTO COMPLEXO

A Complexidade é um modelo de conhecimento baseado em um método. Esta vem sendo estudada por Edgar Morin, o qual desenvolveu o método complexo na tentativa de alinhar tudo o que foi dissociado a partir da teoria de René Descartes. Sua busca é a de articular os conhecimentos de esferas separadas, nas relações organizacionais. A Teoria da Complexidade foi desenvolvida na obra *O Método*, composta por seis volumes, escrita no final do século XX e início do século XXI (NECHAR, 2009).

Na teoria de Edgar Morin, o termo “complexo” tem sua origem na palavra *complexus*, que vem do verbo *complectere*, que significa “aquilo que é tecido em conjunto”. Apesar de parecer contraditório, ao se analisar a etimologia da palavra, pode-se compreender que o termo não se refere ao que não é simples, mas sim ao que é inseparável (MORIN, 2011).

Para Morin, a natureza do ser humano é a do reducionismo, portanto, é necessário esforçar-se para compreender a complexidade e combater a simplificação, a qual não revela a unidade e a diversidade presentes no todo. Ao

criticar a fragmentação do conhecimento, afirma que “Tentar analisar o todo através de uma parte torna os espíritos míopes. É como enxergar apenas uma cor do arco-íris” (MORIN, 2011).

Entretanto, Morin não condena a especialização, mas sim a perda da visão geral. Defende a interligação do conhecimento e combate o reducionismo instalado em nossa sociedade e valoriza o complexo. No entanto, sem a reforma do pensamento é impossível aplicar suas ideias. Ainda defende que compreender o ser humano é entendê-lo dentro de sua unidade e de sua diversidade. É necessário conservar a unidade do múltiplo e a multiplicidade do único. Sua compreensão de homem engloba os antagonismos de que é um indivíduo que trabalha e brinca, é pragmático e imaginativo, prosaico e poético, econômico e consumista (MARANGON; LIMA, 2002).

Acredita que o conhecimento racional-empírico-técnico não anulou e não conseguirá anular o conhecimento simbólico, mítico, mágico ou poético, pois especializar, dividir, compartimentar são atos que vão ao encontro das características própria da humanidade (MORIN, 2011).

Seguindo seu pensamento, Morin propõe uma reforma do pensamento por meio do ensino transdisciplinar, capaz de formar cidadãos planetários, solidários e éticos, aptos a enfrentar os desafios dos tempos atuais. Ao se referir à sala de aula, considera-a um fenômeno complexo, que abriga uma diversidade de ânimos, culturas, classes sociais e econômicas, sentimentos. É um espaço heterogêneo e, portanto, o lugar ideal para iniciar essa reforma do pensamento. Defende a incorporação dos problemas cotidianos ao currículo e a interligação dos saberes. Critica o ensino fragmentado (MARANGON; LIMA, 2002).

5.4 OS PRINCÍPIOS OPERADORES

Morin define alguns princípios que auxiliam na compreensão da própria complexidade no processo de aprendizagem: sistêmico ou organizacional, hologramático, circuito recursivo, circuito retroativo, dialógico, autonomia e dependência, reintrodução do conhecimento. Além disso, traz em seu trabalho os três operadores principais, que são o hologramático, o recursivo e o dialógico.

Neste capítulo serão abordado estes três operadores principais supracitados, além da autonomia, e, para alcançar o objetivo deste estudo,

prioritariamente serão utilizados os princípios recursivo e da autonomia.

5.4.1 HOLOGRAMÁTICO

Morin (2014) descreve que o princípio hologramático está presente no mundo biológico e no mundo sociológico. Para explicar tal princípio, ele faz uma comparação com as células do organismo, pois cada célula do organismo humano guarda, em seu interior, a totalidade de informação genética do organismo. Da mesma forma, o holograma traz a totalidade da informação do objeto que ele representa em cada parte que o compõe. Assim, não apenas a parte está no todo, como também o todo está em suas partes (RIBEIRO, 2011; MORIN, 2015).

A complexidade é sugerida por meio da imagem do holograma, o qual comporta uma relação antagônica, porém, também complementar. Dessa forma, entende-se que é o movimento de um círculo produtivo que se reinicia a cada necessidade de conhecimento das partes e há urgência de conhecer o todo por meio de um exame singular das partes (PETRAGLIA; BASTOS, 2009).

Igualmente acontece com uma sociedade e um indivíduo: cada membro de uma sociedade carrega em si mesmo características básicas da sociedade toda. Isso indica que o indivíduo está na sociedade e esta, por intermédio da cultura, da linguagem e das normas, está em cada indivíduo (AMUI, 2013).

Isso também ocorre com cada subjetividade: cada um de nós carrega a quase totalidade das informações do contexto no qual nos constituímos. Somos marcados por nossas totalidades, assim como nós as marcamos. Portanto, a partir deste princípio, Morin afirma que seu objetivo é o de alertar para não trazer à tona o pensamento reducionista, que só consegue ver as partes, uma vez que o todo é complexo, pois tudo está relacionado a tudo nos diversos níveis organizacionais e toda ação implica em inter-relação (MORIN, 2011).

5.4.2 RECURSIVO

Com o princípio recursivo, Morin (2015) explica que produtos e efeitos são, eles próprios, produtores e causadores daquilo que os produz. Afirmar o princípio recursivo é afirmar que na realidade há processos nos quais efeitos podem ser causadores de suas causas. Ou seja, é negar o determinismo linear. Os efeitos

são causados, mas eles são também causas daquilo que os produz, numa circularidade recursiva.

Um exemplo pode ser visto na produção da sociedade. As interações dos indivíduos produzem a sociedade. Mas a sociedade, por seu turno, produz os indivíduos marcando-os com certas características daquela sociedade (MORIN, 2015).

Esse princípio rompe com a ideia linear de causa e efeito, uma vez que o efeito retorna sobre a causa em um ciclo auto-organizador e produtor. Assim é com a subjetividade humana: ela é, de certa forma, resultado de condições sociais, culturais e biológicas. Mas, ao se constituir, a subjetividade de cada pessoa retroage sobre a sociedade, sobre a cultura e até sobre a maneira de ser biológica (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012; MORIN, 2015).

5.4.3 DIALÓGICO

O princípio dialógico permite que assumamos racionalmente a associação de noções contraditórias (por exemplo: ordem e desordem), no mesmo espaço mental, e que ao mesmo tempo se complementam, a fim de realizar uma associação complexa de pressupostos necessários ao desenvolvimento de um determinado fenômeno (PETRAGLIA; BASTOS, 2009; RIBEIRO, 2011).

A ordem e a desordem são noções que, apesar de antagônicas, quando unidas, são indissociáveis numa mesma realidade, contribuindo para conceber uma relação dialética da existência na relação constante e indissociável para a produção da organização e da complexidade, em certos casos (PETRAGLIA; BASTOS, 2009; RIBEIRO, 2011).

A partir deste princípio, permite-se compreender a dualidade e ao mesmo tempo as dualidades do ser humano, uma vez que apresenta suas dualidades entre o racional e o afetivo, sendo que é na conjunção desses dois polos distintos e opostos, porém, ao mesmo tempo, complementares, que todo ser humano é um ser humano. Assim, para que o indivíduo assuma sua personalidade, é necessário que aconteça sua organização mental, que depende tanto da razão quanto da afetividade. São os contrários sempre em luta e ao mesmo tempo compondo-se para que contribuam para a existência da subjetividade (LORIERI, 2011; MORIN 2005).

Portanto, de acordo com o princípio dialógico, a superação final não

existiria, uma vez que haveria sempre a luta dos contrários: o movimento desencadeado por esta luta que mantém qualquer ser existente. O movimento conflituoso, dialógico, é o que faz tudo, inclusive a vida (LORIERI, 2011).

5.4.4 AUTONOMIA

Para Morin (2009), a autonomia é a capacidade que o ser vivo possui de relacionar-se com o ambiente em que vive, de se auto-organizar e de se autoproduzir para seu processo vital. Assim, a autonomia relaciona-se estreitamente com o conceito de dependência: para sermos nós mesmos precisamos dos fatores externos a nós. Vivemos a construção da nossa própria identidade a partir de dependências que alimentamos, necessitamos ou toleramos. Os exemplos das nossas dependências são para com a família, escola, linguagem, cultura e sociedade.

Porém, para isso é necessário que existam recursos da natureza e do meio ambiente. É preciso aprender uma linguagem, uma cultura, um saber, e é preciso que essa cultura apresente várias formas para que a pessoa possa escolher no estoque das ideias existentes e refletir de maneira autônoma. Dessa forma, pode-se inferir que a autonomia se alimenta da dependência da educação, da linguagem, da cultura, da sociedade, do cérebro, sendo que a própria pessoa é o resultado de um produto genético, que depende também dos genes (MORIN, 2011).

A autonomia desenvolve-se e pode ser encontrada no âmbito psicológico, individual, pessoal por meio das dependências suportadas, caracterizadas pela família, escola, universidade. Assim, toda a vida humana autônoma se desenvolve por meio das dependências, não sendo possível conceber autonomia sem dependência (MORIN; ALMEIDA; CARVALHO, 2009).

5.5 OS SETE SABERES NECESSÁRIOS PARA A EDUCAÇÃO DO FUTURO

O pensamento complexo é um pano de fundo que proporciona alternativas para se pensar na educação do futuro. Essa premissa é pertinente à proposta da obra *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*, elaborada por Morin (2011).

A reflexão que originou esta obra teve início por iniciativa da

UNESCO, em 1999. Uma primeira versão do texto circulou pelos líderes educacionais de diversos países, que acrescentaram comentários, sugestões e remanejamentos, até que em 2001 foi finalizado e publicado por Morin. O resultado foi um conjunto de reflexões e descrições de eixos e caminhos para todos os que pensam e fazem educação, introduzindo novos e criativos debates sobre a educação para o Século XXI.

De acordo com Edgar Morin (2011), é importante ter o pensamento ecologizado, capaz de relacionar, contextualizar e religar diferentes saberes ou dimensões da vida. É necessário que se tenha mentes mais abertas, escutas mais sensíveis e pessoas responsáveis e comprometidas com a transformação de si e do mundo.

Os sete saberes indispensáveis enunciados por Morin (2011) são: as cegueiras do conhecimento, englobando o erro e a ilusão; os princípios do conhecimento pertinente; ensinar a condição humana; ensinar a identidade terrena; enfrentar as incertezas; ensinar a compreensão e a ética do gênero humano.

Neste estudo serão abordados, de maneira mais específica, o conhecimento pertinente e o ensino da compreensão humana, por possibilitarem a oportunidade de aprofundamento dos dados.

5.5.1 CONHECIMENTO PERTINENTE

É preciso ter uma visão capaz de perceber o conjunto. É necessário dizer que não é a quantidade de informações, nem a sofisticação que podem fornecer sozinhas um conhecimento pertinente, mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto (MORIN, 2015).

Para o autor, é necessária uma reforma do pensamento para que se reconheça e conheça os problemas do mundo, para articular e organizar os pensamentos. Essa reforma se faz necessária, pois vivemos em um mundo com realidades e problemas cada vez mais multidisciplinares e globais, e, nesse contexto, convivemos com uma educação com saberes desunidos, divididos e compartimentados (MORIN, 2011).

Nessa inadequação, o contexto, o global, o multidimensional e o complexo tornam-se invisíveis. Entretanto, para que o conhecimento seja pertinente, a educação deverá torná-los evidentes. Morin (2011) conceitua estes quatro

componentes:

Contexto: para adquirir sentido, as informações e os dados precisam estar contextualizados, pois o conhecimento dos dados ou das informações de forma isolada é insuficiente.

Global: as relações entre o todo e as partes. O global refere-se a algo que é maior que o contexto, refere-se ao conjunto das diversas partes ligadas de modo organizacional ou inter-retroativo, como, por exemplo, uma sociedade ou mesmo o planeta Terra. Vale destacar que o todo tem qualidades que não são encontradas nas partes se estas estiverem isoladas umas das outras e certas qualidades das partes podem ser inibidas pelas restrições provenientes do todo.

Multidimensional: o ser humano ou a sociedade são multidimensionais, de forma que o ser humano comporta as dimensões biológicas, psíquicas, afetivas, sociais e racionais, assim como a sociedade abriga as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa. O conhecimento pertinente deve reconhecer essas dimensões, não isolando uma parte do todo, mas, sim, as partes umas das outras.

Complexo: a educação deve promover a “inteligência geral”, capaz de se referir ao complexo, ao contexto, de modo multidimensional e dentro da concepção global.

5.5.2 ENSINO DA COMPREENSÃO HUMANA

A palavra compreender vem do latim *comprehendere*, que quer dizer: colocar juntos todos os elementos de explicação, ou seja, não ter somente um elemento de explicação, mas diversos. A grande inimiga da compreensão é a falta de preocupação em ensiná-la (MORIN, 2011).

A comunicação não garante a compreensão e um dos obstáculos da educação é a compreensão, a qual favorece o pensar pessoal e global. O problema da compreensão é polarizado: um polo planetário, da compreensão entre os seres humanos, os encontros e as relações que acontecem entre as pessoas, e o polo individual, das relações entre os próximos que estão, cada vez mais, ameaçadas pela incompreensão (MORIN, 2011).

A informação bem transmitida e compreendida traz inteligibilidade, mas não suficiente para a compreensão. Há duas formas de compreensão: a

intelectual ou objetiva e a humana intersubjetiva (MORIN, 2011).

A compreensão humana ultrapassa a explicação, sendo esta última necessária à compreensão intelectual ou objetiva das coisas anônimas ou materiais, porém, é insuficiente para a compreensão humana. Para compreender, são necessárias empatia, identificação e projeção. De forma intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade (MORIN, 2011).

Morin (2011) ainda define os obstáculos que dificultam a apreensão intelectual e humana. A compreensão do sentido das palavras do outro, de suas ideias e sua visão de mundo encontram-se constantemente ameaçados. Dentre eles, o pensador destaca: o “ruído”, também conhecido como falha na comunicação, que gera o mal-entendido ou falta de entendimento; a polissemia, quando a mesma palavra adquire vários sentidos, distintos entre si, a falta de conhecimento sobre os costumes e o modo de agir do outro; a incompreensão dos valores imperativos, que são propagados dentro de uma cultura (sociedade tradicional e sociedade democrática contemporânea); a incompreensão dos imperativos éticos; a impossibilidade de compreender as ideias por meio de outra visão de mundo e a impossibilidade de compreensão de uma estrutura mental em relação à outra.

Além disso, Morin (2011) também define os obstáculos relacionados às duas compreensões: egocentrismo, etnocentrismo e sociocentrismo.

Egocentrismo: definido como a tapeação de si próprio, provocada pela autojustificação, autoglorificação e pela tendência de culpar o outro pela causa de seus problemas. Assim, a incompreensão de si é fonte importante de incompreensão do outro.

Etnocentrismo: este obstáculo é caracterizado por aquele que gera xenofobias e racismos, provoca consequências muito mais graves no mundo das relações humanas do que no conhecimento do mundo físico.

Espírito redutor: reduzir o pensamento complexo ao de um de seus elementos considerado como o mais significativo tem consequências piores na ética do que no conhecimento do mundo físico.

Trajectoria Metodológica

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1 DELINAMENTO DA PESQUISA

Estudo qualitativo e exploratório. Escolheu-se este método, pois a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. O conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, uma vez que o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida com seus semelhantes. Portanto, a abordagem qualitativa se aprofunda no universo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposto e interpretado (MINAYO, 2015).

Dentro da pesquisa qualitativa, encontra-se a pesquisa exploratória. De acordo com Gil (2007), este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Os temas transversais têm sido objeto de estudo do GFAS, na intenção de aprimorar seu desenvolvimento no currículo integrado, fato que justifica a utilização da pesquisa exploratória.

6.2 LOCAL DA PESQUISA

O local selecionado para o estudo foi o curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, instituição de ensino superior localizada na cidade de Londrina, na região norte do Estado Paraná.

O curso de enfermagem encontra-se sediado nas dependências do Centro de Ciências da Saúde (CCS), juntamente com outros quatro cursos de graduação: fisioterapia, medicina, farmácia e odontologia. As atividades teóricas do curso são desenvolvidas tanto no *campus* universitário quanto no próprio CCS, e as atividades práticas são realizadas em grande parte no Hospital Universitário de Londrina (HUL) e também nas demais instituições de saúde e da rede de serviços de atenção básica à saúde da cidade de Londrina e região, que possuem convênio com a UEL (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016).

O curso de enfermagem completou 45 anos no ano de 2016. Utiliza o sistema seriado anual, com oferta de 60 vagas para o ingresso dos candidatos aprovados pelo processo vestibular. O curso é ministrado durante quatro anos e em

período integral, totalizando 4152 horas (DESSUNTI, et al., 2014).

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As fontes de dados desta pesquisa foram constituídas pelos alunos egressos do currículo integrado, das turmas de 2011 a 2013 do curso de enfermagem da UEL.

Os critérios de inclusão utilizados para o estudo foram: experiência profissional de, no mínimo, um ano; período de conclusão da graduação entre os anos de 2011 e 2013; trabalhar na cidade de Londrina/PR.

Como o foco deste estudo foi o desenvolvimento do conceito ao longo da graduação e da prática no cotidiano profissional, considerou-se importante que o egresso tivesse pelo menos um ano de experiência profissional como enfermeiro. A delimitação do período de formação de três anos a cinco possibilitou tanto a proximidade com o período de formação, quanto a oportunidade de experiência profissional (QUEIROZ; GARANHANI, 2012; COSTA; GUARIENTE, 2014).

O número de participantes entrevistados em pesquisa qualitativa se define a partir do momento em que há convergências e repetições nos discursos coletados. Por este critério, o estudo foi realizado com 14 entrevistas.

A escolha dos enfermeiros foi intencional e por conveniência, buscando abranger os diversos serviços de saúde disponíveis na cidade de Londrina. Do total, foram entrevistados cinco enfermeiros que atuavam em hospital privado; um, em hospital filantrópico; três, em hospital público; três enfermeiros que atuavam em saúde pública; um, em ambulatório; e um, em uma clínica médica particular.

6.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O recurso escolhido e que foi utilizado para a coleta de dados foi a entrevista, pois julgou-se que, individualmente, os participantes poderiam manifestar e explorar sua vivência na graduação e sua forma de realizar educação em saúde na prática profissional, de forma livre e pessoal.

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, caracterizadas por

apresentar questões norteadoras (MINAYO, 2010). O diálogo foi orientado pelas seguintes questões norteadoras: “O que é Educação em saúde para você?”; “Como você analisa o desenvolvimento da “Educação em Saúde” durante a sua formação?”; “Qual foi a experiência mais significativa de educação em saúde que você teve durante a sua formação?”; “Na sua prática cotidiana você realiza educação em saúde? De que forma?”; “Qual foi a experiência mais significativa de educação em saúde que você teve durante a sua prática?”.

Questões complementares foram realizadas ao longo da entrevista, quando julgado necessário, formuladas a partir do contexto apresentado durante o diálogo, com o intuito de tornar claro o ponto de vista do entrevistado ou, ainda, retomar o contexto da entrevista.

Na questão sobre a experiência mais significativa de educação em saúde durante a formação, foi utilizado um quadro ilustrando os módulos interdisciplinares que compõem os quatro anos do curso com o objetivo de auxiliar o egresso a se recordar da matriz curricular (Quadro 2). Além disso, apesar de o quadro não contemplar os projetos de extensão, ensino e pesquisa, a questão era aberta e possibilitava que o egresso também incluísse experiências significativas vivenciadas em atividades extracurriculares.

Quadro 2 Módulos que compõe a matriz curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina/PR, Brasil, 2016

PRIMEIRO ANO	TERCEIRO ANO
A universidade e o curso de enfermagem da UEL	Saúde do adulto II
Processo saúde-doença	Saúde da criança e do adolescente
Aspectos morfofisiológicos e psiquiátricos	Saúde da mulher e gênero
PIN 1	TCC 1
SEGUNDO ANO	QUARTO ANO
Práticas do cuidar	Internato
Organização dos Serviços de Saúde	Doenças transmissíveis
Saúde do adulto I	Saúde mental
Central de material e biossegurança	Cuidado ao paciente crítico
PIN 2	TCC 2

Fonte: Autores

O acesso aos enfermeiros ocorreu, principalmente, por meio de redes sociais e aplicativo de mensagens via celular. A partir deste contato, confirmava-se a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa, sendo, então, realizado agendamento da data da entrevista.

O local da entrevista foi escolhido de acordo com opção e disponibilidade do entrevistado. Dessa forma, foram realizadas entrevistas nas residências, em sala individual após o expediente de trabalho, em dependência do ambiente de trabalho que oferecesse privacidade, além das dependências do CCS. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e gravadas com aparelho celular.

A coleta de dados deu-se no período de novembro de 2015 a julho de 2016. Ao final, somando-se o tempo de duração de todas as entrevistas, foram contabilizados 354 minutos e 16 segundos, com média de 25 minutos de duração para cada entrevista.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a obtenção das falas, realizou-se a transcrição na íntegra dos discursos pela própria autora, sendo retirados os vícios de linguagem e as falas do entrevistador, buscando maior fidedignidade em relação à entonação e contexto da linguagem. Dessa forma, possibilitou-se uma leitura contínua e de melhor compreensão.

Os dados foram explorados a partir da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), buscando compreender o pensamento do sujeito pelo conteúdo do texto numa compreensão transparente da linguagem a partir da extração de unidades de registro e sentido em direção à construção de categorias.

Esta técnica é compreendida por três fases: a pré-análise, que é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de codificar os dados brutos e sistematizar as ideias iniciais; a exploração do material, que consiste na definição de categorias e a identificação das unidades de registro; a interpretação dos resultados, em que ocorre o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais.

Neste estudo, o aprofundamento da discussão dos resultados foi desenvolvido por meio do referencial da Teoria da Complexidade de Edgar Morin.

Os discursos que ilustram cada categoria foram identificados pela letra E (Egresso), seguida por um numeral aleatório e que não corresponde, necessariamente, à sequência das entrevistas.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa maior, intitulado: “Currículo Integrado de um curso de Enfermagem: Temas transversais e a formação profissional”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, conforme a Resolução 466/12, com o CAAE nº 18931613.5.0000.5231 e sob o Parecer CEP/UEL 200/2013, em 15 de novembro de (Anexo A).

Antes de iniciar as entrevistas, o entrevistado foi informado sobre os objetivos da pesquisa, sobre o método de coleta e a importância da gravação. Após esclarecimento e aceite dos convidados, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e à permissão para a gravação, assegurando o sigilo e a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento. As gravações ficarão sob responsabilidade da autora principal e serão destruídas após 5 anos.

Resultados e Discussão

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder aos objetivos deste estudo, apresentar os resultados, a discussão e as conclusões, optou-se por apresentar em formato de manuscritos. Foram elaborados três manuscritos:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE RECÉM-FORMADOS SOB A PERSPECTIVA DA COMPREENSÃO HUMANA

Com este manuscrito, pretendemos responder ao primeiro objetivo específico deste estudo. Assim, buscamos relacionar as concepções de educação em saúde para enfermeiros recém-formados de um currículo integrado com os conceitos da compreensão humana.

ENSINO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CONHECIMENTO PERTINENTE: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS DE ENFERMAGEM

Neste manuscrito, a proposta foi a de responder ao segundo objetivo específico deste estudo, buscando analisar as percepções sobre a formação para a educação em saúde de enfermeiros recém-formados e relacioná-las com o conhecimento pertinente.

AUTONOMIA DO USUÁRIO: DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO INÍCIO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Já neste manuscrito, buscou-se responder ao terceiro objetivo específico deste estudo, o qual pretende compreender como o recém-formado desenvolve ações de educação em saúde, visando à autonomia do usuário.

#

Manuscrito 1

7.1 MANUSCRITO I: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE RECÉM-FORMADOS SOB A PERSPECTIVA DA COMPREENSÃO HUMANA

Resumo

Objetivo: Relacionar as concepções de educação em saúde para enfermeiros recém-formados egressos de um currículo integrado com os conceitos da compreensão humana de Edgar Morin. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, realizado com 14 enfermeiros que atuavam em diversas áreas. Realizadas entrevistas semiestruturadas, no período de novembro de 2015 a julho de 2016. Os resultados foram discutidos com os pressupostos do pensamento complexo. **Resultados:** Agrupados em três categorias: o caminho inicial para a compreensão, o caminho para a compreensão intelectual e o caminho para a compreensão humana. A compreensão intelectual de educação em saúde foi mais evidente, mas mantendo ênfase em estratégias tradicionais de ensino, e a compreensão humana encontra-se em desenvolvimento, apresentando ruídos de comunicação. **Conclusão:** Encontram-se lacunas relacionadas ao conceito de educação em saúde entre os egressos. Reforça-se que este tema deve iniciar na graduação e buscar atingir a compreensão humana, cultivando o vínculo e o desenvolvimento da autonomia.

Descritores: Educação em Saúde; Currículo; Educação; Enfermagem.

Introdução

O pensador e sociólogo da atualidade Edgar Morin traz, em suas obras, profundas reflexões sobre a educação, propondo uma reforma do pensamento. O autor defende que o homem, apesar de construir a educação dos tempos futuros, ainda está fortemente enraizado nos moldes educacionais do passado, principalmente ao fragmentar o conhecimento¹.

Para o autor, a natureza do ser humano é a do reducionismo, portanto, é necessário esforçar-se para compreender a complexidade e combater a simplificação, a qual não revela a unidade e a diversidade presentes no todo. Defende a interligação do conhecimento, valorizando o complexo. O termo “complexo” tem sua origem na palavra *complexus*, que vem do verbo *complectere*, que significa “aquilo que é tecido em conjunto”, e, apesar de parecer contraditório, ao se analisar a etimologia da palavra, pode-se compreender que o termo não se refere ao que não é simples, mas sim ao que é inseparável¹. A Complexidade é um modelo de conhecimento baseado em um método na tentativa de alinhar tudo o que foi dissociado a partir da teoria de René Descartes. Sua busca é a de articular os conhecimentos de esferas separadas nas relações organizacionais².

O pensador ainda defende que compreender o ser humano é entendê-lo dentro de sua unidade e de sua diversidade. Sugere que a reforma do pensamento aconteça por meio do ensino transdisciplinar, que seja capaz de formar cidadãos planetários, solidários e éticos, e aptos a enfrentar os desafios dos tempos atuais. Refere que o lugar ideal para iniciar essa reforma é o espaço heterogêneo da sala de aula, considerada pelo autor como um espaço que abriga uma diversidade de ânimos, culturas, classes sociais e econômicas, e sentimentos. Assim, defende a incorporação dos problemas cotidianos ao currículo e a interligação dos saberes³.

Esta mesma fragmentação presente no mundo da educação criticada por Edgar Morin também influenciou os processos de formação na área da saúde e nas práticas de educação em saúde. A intenção de substituir as práticas normativas, detentoras de conhecimentos especializados e curativistas, para uma nova prática de educação em saúde, crítica e transformadora, direcionada à promoção da saúde, constitui uma nova perspectiva nas políticas públicas de saúde⁴. Portanto, compreendemos que o desafio de visualizar o ser humano em sua totalidade, relacionando as partes e o todo de maneira integrada, também permeia o campo do desenvolvimento da educação em saúde.

O termo “educação em saúde” tem sido construído ao longo dos anos em consonância com o caminhar da história da saúde pública no Brasil, tendo sofrido influência das transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar^{5,6}.

Durante muito tempo, o principal método pedagógico empregado nas atividades de educação em saúde foi a transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica, também denominada por Paulo Freire como “educação bancária”. Este tipo de educação não se relaciona com a realidade do indivíduo, além de diminuir a capacidade crítica de quem está sendo ensinado.

A educação em saúde tem como princípio norteador a compreensão da causa dos problemas de saúde da comunidade e a busca por soluções por meio de participação e diálogo, com respeito à autonomia de cada participante envolvido neste processo. Ela prevê a construção de um saber de forma integrada, com metodologia problematizadora permeada por elementos críticos e reflexivos. Nesta perspectiva, a educação em saúde não pode ser desenvolvida por meio da transferência de conhecimentos, mas sim como uma forma de intervir no mundo, cabendo ao educador, respeito aos saberes do educando e à sua autonomia, liberdade e criatividade⁷.

A educação em saúde tem sido objeto de estudo em vários trabalhos⁸⁻¹¹ devido à sua importância na formação e na prática dos profissionais, particularmente a do enfermeiro, uma vez que a ação educativa está essencialmente presente no processo de trabalho assistencial¹².

No intuito de ampliar este campo de estudo, esta pesquisa apoiou-se em alguns princípios do pensamento complexo de Edgar Morin¹ para refletir e aprofundar as concepções de educação em saúde enunciadas por enfermeiros recém-formados. Para o autor¹, há duas formas de compreensão: a intelectual e a humana. Para o alcance da compreensão intelectual, a explicação e transmissão de informações é suficiente, porém, para que a compreensão humana aconteça, é necessário um conhecimento de sujeito a sujeito por meio de um processo de empatia, identificação e abertura ao outro. Dessa forma, a compreensão humana ultrapassa a explicação, a qual é necessária a compreensão objetiva das coisas anônimas ou materiais, porém, é insuficiente para a compreensão humana.

Neste contexto, consolida-se a questão de pesquisa: As concepções de educação em saúde de enfermeiros recém-formados aproximam-se da

compreensão humana proposta por Morin?

Para isso, optou-se por estudar egressos de um curso de graduação em enfermagem que utiliza uma proposta pedagógica diferenciada, o currículo integrado. A metodologia empregada neste currículo é fundamentada na problematização que exige do estudante um compromisso com a aprendizagem, por meio da autonomia, da criatividade e da responsabilidade social¹³. Nota-se que a proposta visa romper com o modelo de educação tradicional, tendência também observada no campo da educação em saúde, e buscar, a partir do conhecimento prévio dos alunos, uma construção de saberes, habilidades, pensamento crítico e da capacidade de aprendizagem¹⁴. O currículo integrado apresenta também em sua estrutura temas transversais que devem estar presentes em todos os módulos interdisciplinares, do primeiro ao quarto ano, e visam à ampliação do conhecimento dos acadêmicos. Um dos temas transversais adotados é a educação em saúde¹⁵.

Este estudo busca alcançar o objetivo de relacionar as concepções de educação em saúde para enfermeiros recém-formados egressos de um currículo integrado com os conceitos da compreensão humana de Edgar Morin.

As contribuições esperadas com esta pesquisa são de aperfeiçoar o currículo em estudo e evidenciar possíveis caminhos para outras escolas de enfermagem, de forma a ampliar o modo como este tema pode ser abordado durante a formação do enfermeiro. Espera-se ainda contribuir com reflexões acerca dos desafios enfrentados pelos recém-formados no início de sua prática profissional e no desafio contemporâneo de cuidar do usuário e de sua família respeitando a diversidade e a complexidade desta ação.

Método

Pesquisa qualitativa, exploratória, realizada com egressos de um curso de enfermagem que adota o tema transversal “educação em saúde” em sua matriz curricular, uma das poucas universidades brasileiras que possui um currículo integrado.

Este artigo deriva-se de uma dissertação de mestrado e trata-se de um recorte de um projeto maior que, por meio da abordagem de documentos, estudantes, professores e egressos, busca analisar a implementação de temas transversais na prática pedagógica de um Currículo Integrado de Enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil, desenvolvido junto ao grupo de pesquisa

denominado “Grupo de Estudos na Formação na Área da Saúde” (GFAS).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com alunos recém-formados. Os critérios para inclusão foram: ser egresso do currículo integrado de enfermagem, ter concluído a graduação entre os anos de 2011 e 2013; estar incluído no mercado de trabalho há, pelo menos, um ano como enfermeiro, e trabalhar na cidade do local da pesquisa.

O contato com os enfermeiros aconteceu principalmente via redes sociais e aplicativo de mensagens de celular. A partir desse momento, confirmava-se a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa, sendo, então, realizado agendamento da data da entrevista. A escolha do local da entrevista ficou a critério do entrevistado, de acordo com sua opção e disponibilidade. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 a julho de 2016.

No total, foram entrevistados 14 enfermeiros, dentre eles, cinco que atuavam em hospital privado; um, em hospital filantrópico; três, em hospital público; três enfermeiros, na atenção básica; um, em ambulatório; e um, em clínica médica particular. Buscou-se diversificar os campos de atuação para ampliar as possibilidades de resultados encontrados.

As entrevistas foram norteadas por perguntas semiestruturadas, além de questões adicionais formuladas no decorrer do diálogo e que surgiram a partir do contexto apresentado durante a entrevista, para fins de tornar claro o ponto de vista do entrevistado ou, ainda, retomar o contexto. O diálogo orientou-se pela seguinte questão norteadora: “O que é educação em saúde para você?”. O diálogo foi gravado e transcrito na íntegra, sendo retirados os vícios de linguagem após a leitura, com o objetivo de melhorar a compreensão. Ao final, somando-se o tempo de duração de todas as entrevistas, foram contabilizados 354 minutos e 16 segundos, com média de 25 minutos duração para cada entrevista.

Para a análise dos resultados, utilizou-se o método proposto por Bardin¹⁶, para tanto, buscou-se descrever e interpretar os discursos por meio do conteúdo do texto, numa compreensão clara da linguagem a partir da extração de unidades de registro e sentido, formando-se categorias. No presente estudo, os resultados foram discutidos com os conceitos da compreensão humana e do conhecimento pertinente de Edgar Morin.

Os discursos foram identificados pela letra E (Egresso), além de um numeral aleatório (Ex.: E1) e que não coincide, necessariamente, com a sequência

das entrevistas.

Antes do início das entrevistas, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, assegurando-lhes o sigilo, além da liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Ademais, foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa, do método de coleta e da importância da gravação, solicitando-lhes permissão para a mesma. Após esclarecimento e aceite dos convidados, procedeu-se à assinatura e à entrevista. As gravações ficarão sob responsabilidade da autora principal e serão destruídas após 5 anos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética sob o CAAE 18931613.5.0000.5231 e Parecer 200/2013.

Resultados e Discussão

A análise dos depoimentos dos egressos de enfermagem em relação à concepção de educação em saúde possibilitou a construção de três categorias.

O caminho inicial para a compreensão

Os discursos em que os egressos não atingiram a compreensão intelectual e humana foram relacionados àqueles em que apresentaram certa dificuldade em definir o termo, falta de clareza, ou, ainda, àqueles que relacionaram a educação em saúde como um processo de atualização e formação contínua do próprio enfermeiro, e quando relataram que educação em saúde destina-se à equipe de trabalho.

A dificuldade em definir o termo surgiu em vários discursos, sendo necessário resgatar o que foi vivido na prática para exemplificar as falas: *Igual quando tivemos o módulo do PIM, coletamos dados e, a partir disso, vimos um problema que estava acontecendo e criamos métodos para tentar solucionar* (E11).

Além disso, os discursos revelaram certa falta de clareza acerca do termo, uma vez que houve confusão com os termos “educação continuada”: *O hospital está com funcionários novos, por isso foi feita uma reciclagem sobre administração de medicamentos* (E6); “educação permanente”: *Fazer um treinamento com a equipe sobre alguma dificuldade que tiver para que a equipe reaprenda e lembre algumas coisas* (E3); e “educação em serviço”: *Eu tento também com a minha equipe, porque tem alguns que começaram há pouco tempo,*

aí eu tento chegar até eles, ver as dificuldades que eles têm e fazer uma educação (E11).

De acordo com o Ministério da Saúde¹⁷, a educação em saúde pode ser definida como um processo de construção de conhecimentos com o objetivo de apropriação de saberes pela população. É um conjunto de práticas que visam aumentar a autonomia das pessoas em seu cuidado e no debate com os profissionais de saúde e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde conforme suas necessidades.

A definição de educação em saúde requer uma visão ampla do que é o processo de educar, ela se baseia na solução de problemas de saúde pela troca de experiências e compartilhamento de informações, onde o saber é construído por ambas as partes: educando e educador. Dessa forma, não cabe à educação em saúde a simples transferência de informações¹⁸.

A educação continuada é definida como um processo de atualização técnico e científico contínuo e que oferece ao profissional a reflexão da profissão e de suas práticas. A educação permanente²⁰ busca construir uma aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho¹⁹. Já a educação em serviço¹⁰ se desenvolve como prática educativa integrada ao processo de educação no trabalho que se aplica às relações humanas do trabalho.

Dessa forma, entende-se que os conceitos envolvidos na questão da educação na área da saúde – educação em saúde, continuada, permanente e em serviço – complementam-se nas atividades cotidianas do enfermeiro, porém, são distintos entre si em relação aos seus objetivos e a quem se destinam, visto que a educação em saúde é direcionada aos usuários de saúde e objetiva a resolução de problemas de saúde, enquanto que a educação continuada, permanente e em serviço destinam-se aos próprios enfermeiros e sua equipe de trabalho, como forma de desenvolver e qualificar os profissionais para a sua prática.

A atualização contínua do próprio enfermeiro surgiu em outros discursos dos egressos como uma forma de definição da educação em saúde: *A formação do enfermeiro tem que acontecer desde a faculdade, porque muito do que aprendemos lá e o que aprendemos hoje é diferente, muita coisa muda (E1).* A atualização por parte dos profissionais envolvidos com a assistência é necessária²¹, visto que o avanço da tecnologia e da ciência exige conhecimentos cada vez mais

aprofundados para a utilização de equipamentos, para o aprimoramento de técnicas de manuseio e relacionamento interpessoal com pacientes e demais membros da equipe de saúde. Porém, apesar da importância dessa atualização, inclusive para realização de uma educação em saúde com qualidade, pois a forma como conhecemos determinada área do conhecimento afeta a forma como ensinamos¹², o significado e os objetivos da atualização do enfermeiro não correspondem ao termo “educação em saúde”, surgindo, mais uma vez, confusão relacionada à definição de conceitos.

Dessa forma, observamos que alguns destes egressos não conseguiram atribuir significados às experiências durante a formação que contribuíssem para a construção do conceito de educação em saúde. De acordo com Edgar Morin¹, para que o conhecimento seja pertinente, é necessário que se perceba o conjunto. Não é a quantidade de informações, nem a sofisticação que podem fornecer sozinhas um conhecimento pertinente, mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto, de forma globalizada, em suas multidimensões para alcançar a sua complexidade.

Assim, uma informação isolada torna-se insuficiente para a construção do conhecimento. O autor acredita que, para haver complexidade na interpretação, na compreensão e no pensar, uma informação precisa ser relacionada às suas multidimensões. O conhecimento para ser pertinente necessita de relações, ligações e religações às suas partes e àquilo que envolve e entrecruza a informação. A falta de relação entre conceitos conduz a uma ideia de inaplicabilidade e desinteresse do educando. Se não houver um relacionamento entre saberes, o conhecimento não ganha um sentido existencial, perdendo o rumo e se neutralizando¹.

Ao analisar os discursos sob a perspectiva do conhecimento pertinente, pode-se refletir que a educação em saúde pode ter sido ensinada como algo fora de seu contexto, de forma isolada, de modo que seu significado não tenha feito sentido para quem aprendeu.

O caminho para a compreensão intelectual

Alguns depoimentos evidenciaram uma compreensão intelectual do conceito de educação em saúde. Tal afirmação baseia-se nos relatos em que os egressos conseguiram definir o termo “educação em saúde” sem dificuldades e de

acordo com os achados na literatura, porém, a percepção do outro, de construir juntos os saberes aparece apenas como um esboço.

Eles falaram sobre o processo de ensinar e aprender: *Porque educação em saúde a gente dá, mas a gente também está aprendendo* (E1); sobre a troca e o compartilhamento de informações: *Quando a gente se propõe a educar, mas o educar no compartilhar a informação, a gente acaba sendo afetado também* (E5). Mas deram maior ênfase à transmissão do conhecimento e da informação: *Saúde é educação, orientação. Na verdade, na nossa formação tem muito disso, educação, transmitir uma informação para o paciente, orientar* (E8). Assim, a percepção do outro, de construir juntos os saberes aparece superficialmente.

Os discursos ainda revelaram que a educação em saúde se destina aos pacientes, familiares e à população: *Eu acho que é quando você faz alguma orientação para o paciente, uma mãe que você atende que acabou de ter um bebê* (E2); *Eu penso no contexto geral, na educação que a gente teria que dar para essa população, da qual eu também faço parte* (E6).

A educação em saúde visa ir para além da ampliação das condições de vida, o conhecimento impulsiona o autocuidado, sendo este considerado como uma ferramenta importante na diminuição da morbidade e mortalidade, bem como dos custos de saúde²². Educar o paciente para o conhecimento da própria doença e para a relação entre a terapia farmacológica e o comportamento saudável podem alterar os índices de re-hospitalização²³. Os egressos também citaram o autocuidado como um objetivo importante da educação em saúde: *Você tem que conseguir realmente mostrar e fazer com que aquilo produza um conhecimento e que a pessoa perceba que ela precisa daquilo* (E2).

Também observamos que a educação em saúde, na visão dos egressos, apresenta relevância para o enfermeiro como um agente essencial nesse processo de educação: *Você acaba fazendo educação na prática sem perceber, não tem como você ser enfermeira e não colocar isso em prática, isso é constante na nossa rotina* (E8).

Devido às características do trabalho do enfermeiro, no âmbito assistencial, este profissional apresenta uma relação mais próxima aos usuários, família e comunidade. Portanto, nesse cenário o profissional de enfermagem é evidenciado como um ator político-social, capaz de promover mudança social por meio de ações de educação em saúde que busquem a construção compartilhada de

conhecimento⁷.

Todo o contato que os profissionais de enfermagem têm com o usuário nos serviços de saúde deveria ser considerado uma oportunidade de educação em saúde, independente de presença ou ausência da doença. Enquanto que a pessoa tem direito de decidir se aprende ou não, a enfermagem tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender²⁴: *Porque o enfermeiro tem esse papel, de ensinar as pessoas* (E3).

Dessa forma, a importância da educação em saúde durante a formação do profissional ganha destaque e, nesse âmbito, indaga-se como ela tem sido ensinada aos graduandos para que além de alcançar a compreensão intelectual, alcance também, a compreensão humana.

O caminho para a compreensão humana

A perspectiva da compreensão humana proposta por Morin requer empatia, identificação e projeção. De forma intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade. Ela vai além da compreensão intelectual, para a qual basta a explicação. A compreensão humana visa entender o ser humano não apenas como objeto, mas também como sujeito. Nós o conhecemos como sujeito, por meio de um esforço de empatia ou de projeção¹.

A compreensão é definida como uma das finalidades a serem alcançadas na educação do futuro e tem como missão ensinar a compreensão entre as pessoas. O mundo precisa dessa dimensão essencialmente humana, de ajuda mútua, de solidariedade¹. Quando os egressos se percebem como sujeitos que refletem sobre suas ações e sobre como elas contribuem com a sociedade, se aproximam da compreensão humana.

Os egressos trouxeram o conceito de educação em saúde nessa esfera como um processo de ensinar e aprender e citaram a empatia como fatores importantes no processo de ensinar: *Acho que a gente sempre aprende alguma coisa. Esses dias mesmo a paciente me explicou sobre algo que eu não conhecia, então com certeza eu acho que a educação acontece dos dois lados* (E2); *Para a educação em saúde ser efetiva, tem que partir do que ele conhece para ter significado* (E5).

Além disso, a comunicação surge nesse âmbito como uma

tecnologia considerada fundamental para uma prática assistencial humanizada. Ela aproxima e promove a interação entre os seres humanos, permitindo a expressão e a inter-relação de forma a compartilhar conhecimentos. Assim, uma interação eficaz entre profissional de saúde e usuário depende de um meio de comunicação qualificado. Quando a linguagem não é clara, torna-se necessário o desenvolvimento de novas habilidades para a transmissão das ideias^{25,26}. Os egressos também trouxeram a relevância da comunicação no desenvolvimento da educação em saúde: *A gente acha que está explicando do jeito que eles entendem, mas para eles não é assim. Comunicação falha bastante, a gente tem que se perceber um pouco, porque eles não entendem (E9); Eu tenho dificuldade de não falar termo técnico quando estou explicando as coisas, cuido muito para falar de um jeito que a pessoa vai entender (E2).*

Portanto, para se realizar educação em saúde é importante reconhecer a realidade em que o indivíduo encontra-se inserido, levando em consideração seus aspectos culturais, suas relações de gênero e os diferentes níveis socioeconômicos e políticos¹⁵. Esses fatores também foram citados pelos egressos como importantes no processo da educação em saúde: *A abordagem na educação em saúde tem que ser diferente para cada pessoa. Muda o vocabulário, a forma de se expressar, os exemplos a serem utilizados (E1).*

Uma prática educativa com qualidade visa conhecer e analisar o contexto em que está inserido o usuário, compreender quem é o sujeito da aprendizagem; como se ensina, não sendo suficientes apenas o conhecimento e o domínio sobre determinada temática¹². É necessário conhecer o outro e adentrar as práticas cotidianas para desenvolver habilidades que possibilitem trocas efetivas, a fim de buscar uma inserção da pessoa na coletividade²⁷.

Morin¹ ainda define os obstáculos que dificultam a apreensão intelectual e humana. A compreensão do sentido das palavras do outro, de suas ideias e sua visão de mundo encontram-se constantemente ameaçados. Dentre eles, o pensador destaca: o “ruído” também conhecido como falha na comunicação, que gera o mal-entendido ou falta de entendimento; a polissemia, quando a mesma palavra adquire vários sentidos, distintos entre si, a falta de conhecimento sobre os costumes e o modo de agir do outro; a incompreensão dos valores imperativos, que são propagados dentro de uma cultura, sociedade tradicional e sociedade democrática contemporânea; a incompreensão dos imperativos éticos; a

impossibilidade de compreender as ideias por meio de outra visão de mundo e a impossibilidade de compreensão de uma estrutura mental em relação a outra. Podemos observar que alguns destes ruídos foram trazidos pelos egressos de enfermagem, destacando falhas de comunicação, a polissemia, a falta de conhecimento do contexto do usuário, entre outros.

Além disso, Morin¹ também define os obstáculos relacionados às duas compreensões: egocentrismo, etnocentrismo e sociocentrismo. O egocentrismo é definido como a tapeação de si próprio, provocada pela autojustificação, autoglorificação e pela tendência de culpar o outro pela causa de seus problemas. Assim, a incompreensão de si é fonte importante de incompreensão do outro. Não observamos de forma explícita esta incompreensão, mas podemos refletir que, quando o enfermeiro se justifica nas demandas do processo de trabalho e, de certa forma, culpa o usuário por não seguir as orientações prescritas, incorre no egocentrismo citado por Morin.

O autor ainda traz o Etnocentrismo, como um obstáculo caracterizado por aquele que gera xenofobias e racismos, provocando consequências muito mais graves no mundo das relações humanas do que no conhecimento do mundo físico¹.

Também podemos refletir sobre estes aspectos na prática da educação em saúde. Estes obstáculos não foram encontrados nos discursos dos egressos, porém, nota-se, na atuação de alguns profissionais, que o etnocentrismo pode ser delineado como os preconceitos que existem em relação à cultura do outro, o que dificulta a compreensão de seus hábitos e costumes e prejudica a construção dos saberes de forma compartilhada.

A atual pesquisa apresenta certos limites que estão relacionados ao recorte que foi realizado. Neste momento da pesquisa, o egresso ainda encontrava-se em fase de consolidação de sua atividade profissional. Assim, ainda preocupava-se com outras atribuições, de desenvolvimento das técnicas, de inserção na equipe e no contexto institucional, além de sua busca por autonomia e liderança²⁸. Dessa forma, compreende-se que a educação em saúde, neste momento, ainda pode ter relevância secundária frente às demais preocupações deste profissional.

Os resultados também se relacionam com o currículo integrado que utiliza a educação em saúde como proposta de tema transversal. Indaga-se se as concepções trazidas pelos egressos teriam a mesma interpretação em outros currículos de outras escolas de enfermagem.

Considerações finais

Os temas transversais, desde sua última formulação, no ano de 2011, são desenvolvidos no currículo integrado. Sua construção vem apresentando continuas reformulações a fim de aprimorá-lo e, apesar de vários estudos terem sido desenvolvidos, algumas lacunas ainda existem, principalmente em relação ao desenvolvimento dos temas transversais durante a graduação. Este estudo, a partir de seus resultados, permitiu uma análise de como o tema educação em saúde vem sendo apreendido pelo enfermeiro recém-formado, egresso do currículo integrado.

Percebe-se que tanto a compreensão intelectual quanto a compreensão humana permearam os discursos, bem como a falta do alcance de ambas em alguns momentos. Existem lacunas relacionadas aos conceitos apresentados pelos egressos, percebidas como a dificuldade em defini-lo, ou, ainda, a confusão que surge com os termos “educação continuada” e “permanente”. Sugere-se que as concepções sejam aprofundadas no decorrer dos módulos de forma mais explícita para que se tornem claras ao estudante e que se guiem pelos pressupostos do conhecimento pertinente, a fim de que, por meio de um ensino contextualizado, trabalhado de maneira global e na sua multidimensionalidade, possa alcançar a complexidade.

De acordo com os pressupostos da compreensão humana propostos por Edgar Morin, percebeu-se que a compreensão intelectual foi mais evidente, mas ainda com ênfase nas estratégias de ensino tradicionais, e a compreensão humana encontra-se em desenvolvimento, apresentando vários ruídos de comunicação.

As contribuições trazidas pelos pressupostos da compreensão humana vão além da educação escolar, elas também se aplicam à área da educação em saúde. Em suas rotinas diárias, os profissionais de saúde se deparam com uma diversidade de pessoas que, em seus mundos próprios, possuem crenças, culturas e modos de vida diferentes. Ao sairmos de nós mesmos e nos colocarmos sob o ponto de vista do outro, em uma relação empática e respeitosa, podemos enxergar para além, o que, com certeza, facilitaria nossa comunicação e apoiaria o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos em seus processos de saúde e doença.

A contribuição deste estudo volta-se, ainda, tanto para o currículo em estudo, como para outras escolas de enfermagem, haja vista que a utilização de temas transversais não implica em grandes reestruturações curriculares e contribui para a formação de um profissional crítico, reflexivo, generalista, humanista e criativo por meio da articulação entre o ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Referências

1. MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed Revisada. São Paulo: Editora Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2011.
2. ANA CRISTINA GERHARD, A.C; FILHO, J.B.R. Fragmentação dos saberes na educação científica escolar na percepção de professores de uma escola de ensino médio. **Investigações em Ensino de Ciências**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 125-145, 2012.
3. MARANGON, C.; LIMA, E. Os novos pensadores da educação. **Revista Nova Escola**, São Paulo, n. 154, p. 18-25, 2002.
4. SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.
5. MACIEL, M.E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. V. 14, n. 4, p. 773-776. Out/Dez, 2009.
6. FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
7. SILVA, L.D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. v. 2, n. 2, p. 412-419, Mai/Ago, 2012.
8. BUDÓ MLD, SAUPE R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 57, n. 2, p. 165-169, 2004.
9. PEREIRA, E; SOARES, CB; CAMPOS, CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6. Dez, 2007.
10. ABRAHÃO, AL; GARCIA, ALS. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 31, p. 155-162, 2009.
11. WENDHAUSEN, A; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2013.
12. LEITE, M.M.J; PRADO, C; PERES, H.H.C. **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. et al, 2010. 1. Ed. São Caetano do Sul. Difusão Editora, 2010. Série educação em saúde.

13. DESSUNTI, E.M. et al. Contextualização do currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: KIKUCHI, E.M; GUARIENTE, M.H.D.M. **Currículo Integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2 ed. Londrina: 2014, p. 31-46.
14. OPITZ, S.P. et al. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 314-319. Jun, 2008.
15. GARANHANI, M.L. et al. Integrated Nursing Curriculum in Brazil: A 13-Year Experience. **Creative Education**, v. 4. N. 12, p. 66-74, 2013.
16. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 229 p. 2011.
17. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**: Brasília, 2006.
18. FERREIRA, V.F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Maio/Ago, 2014.
19. SARDINHA, L.P. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista eletrônica Enfermería Global**. V. n. 29, . 324-340 Jan, 2013.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde**: Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.
21. FROTA, M.A; ROLIM, K.M.C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em foco**. v. 7, p. 15-34, 2016.
22. ANDRIETTA, M. P; MOREIRA, R.S.L; BARROS, A.L.B.L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 6, 08 telas. Nov/Dez, 2011.
23. SUZUKI, V.F; CARMONA, E.V; LIMA, M.H. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011.

24. COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 53, p. 347-353, 2008.
25. BARBOSA, I. A; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 5, p. 546-551. Set/Out, 2007.
26. MOURÃO, C.M.L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145. Jul/Set, 2009.
27. LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n.40, p.235-46. Jan/Mar, 2012.
28. SOUZA, L.P.S. et al. Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, 2014.

Manuscrito 2

7.2 MANUSCRITO II: ENSINO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CONHECIMENTO PERTINENTE: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS DE ENFERMAGEM

Resumo

O enfermeiro estabelece uma relação estreita com cada usuário, família e comunidade, devido à sua atuação voltada ao cuidado. Dessa forma, ressalta-se a importância do ensino da educação em saúde desde o início da formação do enfermeiro, visando que se torne uma realidade mais concreta na prática profissional. O objetivo foi analisar as percepções sobre a formação para a educação em saúde de enfermeiros recém-formados e relacioná-las com o conhecimento pertinente. Estudo qualitativo, exploratório, realizado com 14 enfermeiros que atuavam em diversas áreas. As entrevistas semiestruturadas ocorreram de novembro de 2015 a julho de 2016, foram gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo. Os resultados foram discutidos com os pressupostos do conhecimento pertinente. Os egressos relacionaram a educação em saúde principalmente com os módulos em que tiveram atividades práticas. Citaram as palestras como estratégia de realização desta atividade, bem como os grupos, rodas de conversa e outras estratégias. Destacaram também características de modelos de educadores.

Descritores: Educação em Saúde; Currículo; Educação; Enfermagem.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde¹, a educação em saúde pode ser definida como um processo de construção de conhecimentos com o objetivo de apropriação de saberes pela população. É um conjunto de práticas que visam aumentar a autonomia das pessoas, a fim de alcançar uma atenção à saúde conforme suas necessidades. Sendo assim, a educação em saúde não pode ser caracterizada como uma transferência de conhecimentos, mas sim uma forma de intervir no mundo, cabendo ao educador respeito aos saberes do educando e à sua autonomia, liberdade e criatividade².

Nesse contexto, o profissional de enfermagem atua como peça fundamental no processo de mudança social que, por meio da educação em saúde dialogada, exerce o respeito e potencializa a autonomia do usuário por melhores condições de saúde. Dessa forma, ressalta-se a importância do ensino deste tema desde o início da formação do enfermeiro para que se torne uma realidade concreta no cotidiano do trabalho^{2,3}.

Considerando tal importância do enfermeiro frente à educação em saúde, alguns estudos⁴⁻⁷ foram realizados no ensino de enfermagem. Os resultados desses estudos apontam uma estreita relação entre a prática educativa desenvolvida pelos profissionais de saúde e o preparo do enfermeiro na graduação para desempenhar este papel de educador.

Assim, visando aprofundar esse tema optou-se por estudar um curso de graduação de enfermagem que utiliza uma proposta pedagógica diferenciada, o Currículo Integrado, há mais de 15 anos. Os conteúdos estão interligados em uma matriz curricular estruturada por módulos interdisciplinares que são organizados em unidades temáticas de ensino, ao longo de quatro séries, buscando desenvolver a teoria e a prática de maneira indissociável⁸. O Currículo Integrado também trabalha com temas transversais que permeiam os diferentes módulos, do primeiro ao quarto ano. Entre estes temas transversais está a educação em saúde⁹.

A proposta do desenvolvimento da educação em saúde no decorrer da formação do enfermeiro é reforçada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação de Enfermagem (DCNs/ENF), responsáveis por orientar a elaboração dos Projetos Pedagógicos dos cursos (PPCs) e definir os princípios e os fundamentos para a formação dos enfermeiros. Dessa forma, de acordo com as

DCNs, a educação em saúde é tida como um dos princípios indispensáveis na formação do enfermeiro¹⁰.

Para tanto, buscou-se compreender o ensino da educação em saúde neste currículo integrado a partir do princípio do Conhecimento Pertinente, de Edgar Morin. Este pensador propõe uma reforma do pensamento por meio do ensino transdisciplinar, defende o espaço da sala de aula para esta transformação, a incorporação dos problemas cotidianos ao currículo e a interligação dos saberes, criticando o ensino fragmentado¹¹. Esta tendência também é alvo do PPC do currículo integrado em estudo.

De acordo com Morin, um conhecimento pertinente é produzido à medida que relaciona-se com o contexto, e não apenas à quantidade de informações e à sofisticação. Para o autor, é necessário que se reconheça e conheça os problemas do mundo, para articular e organizar os pensamentos, pois vivemos em um mundo com realidades e problemas cada vez mais multidisciplinares e globais, e, nesse contexto, convivemos com educação com saberes desunidos, divididos e compartimentados¹². Propõe para a construção de um conhecimento pertinente que as informações sejam debatidas abrangendo o contexto, o global, o multidimensional e o complexo, considerando que as margens entre estas dimensões devem tornar-se invisíveis¹³.

O contexto surge para adquirir sentido, pois o conhecimento dos dados ou das informações de forma isolada é insuficiente. O global refere-se a algo que é maior que o contexto, é o conjunto das diversas partes ligadas de modo organizacional ou inter-retroativo, como, por exemplo, uma sociedade ou mesmo o planeta Terra¹³. O princípio do multidimensional coloca que o ser humano ou a sociedade são multidimensionais, de forma que o ser humano comporta as dimensões biológicas, psíquicas, afetivas, sociais e racionais, assim como a sociedade abriga as dimensões: histórica, econômica, sociológica e religiosa. O conhecimento pertinente deve reconhecer essas dimensões, não isolando uma parte do todo, mas, sim, as partes umas das outras¹². E o complexo diz que a educação deve promover a “inteligência geral”, capaz de se referir ao complexo, ao contexto, de modo multidimensional e dentro da concepção global¹³. Nesse contexto, complexo significa “o que foi tecido junto”, é a união entre a unidade e a multiplicidade¹².

Partindo dessas reflexões, o objeto de estudo desta pesquisa são

percepções de egressos desse currículo integrado de enfermagem sobre o desenvolvimento da educação em saúde na sua formação e concretizam-se as questões de pesquisa: Quais são as percepções de enfermeiros recém-formados, egressos de um currículo integrado de enfermagem, sobre a sua formação para a educação em saúde? Estas percepções das situações de ensino e aprendizagem possuem relação com os conceitos do conhecimento pertinente proposto por Edgar Morin? Assim, tem-se o objetivo de analisar as percepções sobre a formação para a educação em saúde de enfermeiros recém-formados, egressos de um currículo integrado e relacioná-las com o conhecimento pertinente.

Espera-se, com este estudo, explicitar as potencialidades do ensino da educação em saúde de maneira transversal e em uma perspectiva construtivista. Almeja-se trazer contribuições para o aperfeiçoamento do currículo em estudo, como também evidenciar possíveis caminhos para outras escolas de enfermagem, de forma a ampliar o modo como este tema pode ser abordado durante a formação do enfermeiro.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, realizada com egressos de um curso de enfermagem de uma universidade pública do Sul do país, uma das poucas universidades brasileiras que adota o currículo integrado e que desenvolve a educação em saúde como tema transversal.

Os critérios de inclusão foram: ser aluno recém-formado, egresso do currículo integrado em estudo; ter concluído a graduação entre os anos de 2011 e 2013; estar incluído no mercado de trabalho há, pelo menos, um ano como enfermeiro, e trabalhar na cidade do local de estudo.

O acesso aos enfermeiros ocorreu, principalmente, por meio de redes sociais e aplicativo de mensagens via celular. A partir deste contato, confirmava-se a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa, sendo, então, realizado agendamento da data da entrevista. O local da entrevista foi escolhido de acordo com opção e disponibilidade do entrevistado. A coleta de dados deu-se no período de novembro de 2015 a julho de 2016.

Do total de 14 enfermeiros participantes da pesquisa, foram entrevistados cinco enfermeiros que atuavam em hospital privado; um, em hospital filantrópico; três, em hospital público; três enfermeiros, na atenção básica; um, em

ambulatório; e um, em clínica médica particular. Buscou-se diversificar os campos de atuação para ampliar as possibilidades de resultados encontrados.

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, caracterizadas por apresentarem questões norteadoras, além de questões adicionais formuladas a partir do contexto apresentado durante o diálogo, com o intuito de tornar claro o ponto de vista do entrevistado ou, ainda, retomar o contexto da entrevista. O diálogo foi orientado pelas seguintes questões norteadoras: Como você analisa o desenvolvimento da “Educação em Saúde” durante a sua formação? Qual foi a experiência mais significativa de educação em saúde que você teve durante a sua formação? Na primeira questão foi utilizado um quadro que ilustra os módulos interdisciplinares dos quatro anos do curso, com o objetivo de auxiliar o egresso a recordar sua formação. O diálogo foi gravado e transcrito na íntegra e, após a leitura, foram retirados os vícios de linguagem para melhor compreensão. Ao final, somando-se o tempo de duração de todas as entrevistas, foram contabilizados 354 minutos e 16 segundos, com média de 25 minutos duração para cada entrevista.

Os dados foram trabalhados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin¹⁴. Os discursos foram descritos e interpretados com o objetivo de extrair o pensamento do sujeito do conteúdo do texto, numa compreensão transparente da linguagem a partir da extração de unidades de registro e sentido em direção à formação de categorias. Neste estudo, a discussão dos resultados foi aprofundada por meio dos conceitos que alicerçam o conhecimento pertinente proposto por Edgar Morin.

Os discursos que ilustram cada categoria foram identificados pela letra E (Egresso), seguida por um numeral que não corresponde, necessariamente, à sequência das entrevistas.

Antes de iniciar as entrevistas, o entrevistado foi informado sobre os objetivos da pesquisa, sobre o método de coleta e a importância da gravação. Após esclarecimento e aceite dos convidados, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permissão para a gravação, assegurando o sigilo, a destruição do áudio após transcrição, além da liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Este trabalho deriva-se de uma dissertação de mestrado defendida em 2017. E também faz parte de um projeto maior, vinculado ao grupo de pesquisa denominado “Grupo de Estudos na Formação na Área da Saúde” (GFAS), intitulado

“Currículo Integrado de um curso de Enfermagem: Temas transversais e a formação profissional”, em que o foco de estudo é analisar a implementação dos temas transversais na prática pedagógica, por meio da abordagem de documentos, estudantes, professores e egressos. Tal projeto foi submetido ao Comitê de Ética sob o CAAE 18931613.5.0000.5231 e parecer 200/2013.

Resultados

A análise das entrevistas possibilitou construir três categorias de análise: os momentos significativos de ensino e aprendizagem da educação em saúde; as estratégias vivenciadas no ensino e aprendizagem da educação em saúde, e os espaços de atuação do enfermeiro para a realização da educação em saúde.

Momentos significativos de ensino e aprendizagem da educação em saúde

Os momentos significativos de ensino e aprendizagem abrangeram os módulos interdisciplinares que se destacaram, bem como as oportunidades de experimentação vivenciadas ao longo do curso. O Quadro 1 evidencia os módulos mais citados.

Quadro 1: Módulos que desenvolvem atividades voltadas para a educação em saúde na percepção de egressos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina/PR. 2017

MÓDULOS	SÉRIE	EGRESSOS
Práticas Interdisciplinares e de Interação Ensino Serviço e Comunidade I – PIM I	1	E1; E5; E8; E9; E10; E11; E12
Internato em saúde coletiva	4	E1; E4; E5; E6; E7; E14; E13
Saúde da Mulher	3	E1; E2; E3; E9; E11; E12
Saúde da Criança e do Adolescente	3	E3; E4; E5; E6; E9; E12
Internato na área hospitalar	4	E5; E6; E7; E8; E13
Moléstias Infecciosas	4	E3; E4
Saúde do Adulto II	3	E3
Saúde Mental	4	E12

Fonte: Autores

Os egressos recordaram vários momentos significativos de educação em saúde, desde a realização de um banho ou curativo na área hospitalar, como também as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares na atenção básica.

Na área hospitalar o curativo e o banho foram citados: *A gente fazia orientação para o paciente sobre o curativo, porque estávamos fazendo daquela forma* (E1); *Lembro-me da gente orientar o paciente ali, no leito, no banho* (E5). Observamos que os egressos nestes momentos aproximaram-se de uma visão integral sobre o indivíduo e o cuidado. A assistência prestada durante a realização de um curativo deve abranger o indivíduo como um todo, observando seu contexto, com suas condições sociais e econômicas, com destaque para as doenças de base, idade e estado nutricional. Esses fatores auxiliam o profissional a direcionar e planejar suas condutas, inclusive as de educação em saúde^{15,16}. A autonomia no processo do cuidado de lesões torna-se imprescindível para o sucesso não só do tratamento, mas também para a prevenção de recidivas e de novas lesões. Isso só ocorre quando se estabelece uma comunicação terapêutica com o uso de uma linguagem familiar¹⁶.

O banho em um contexto de cuidado integral ganha outras finalidades para além da higienização, como estimular a circulação sanguínea, realizar atividades e movimentações com os membros e propiciar conforto. Além disso, o momento do banho é permeado pelo toque, que também pode ser terapêutico, dependendo do olhar de quem o executa, e permite a observação de todo o corpo do paciente com a finalidade do exame físico completo¹⁷. Além disso, os egressos também apontaram a possibilidade de realização da educação em saúde durante o banho: *Realizar orientações de forma descontraída para minimizar a situação dele: diminuir o risco de um novo AVC ou prevenção de úlceras* (E5).

Assim, concordamos com os estudiosos que reforçam que cuidados técnicos como o curativo e o banho podem ganhar outras dimensões e finalidades, desde que se tenha um olhar ampliado contemplando uma visão integral do paciente e do ambiente em que se desenvolvem. Nas falas dos egressos, pode-se observar essa visão, em que eles elencaram estes momentos como oportunidades para a realização de educação em saúde. Essa atitude demonstra a importância de se colocar à disposição do paciente, de estar presente, e não se reportar a ele somente

para a realização de um cuidado.

A educação em saúde pode ser compreendida no sentido de propiciar encontros entre profissionais e usuários do serviço de saúde permeados pelo diálogo e a troca de experiências, oportunizando momentos de reflexão e ações capazes de possibilitar às pessoas um aprendizado. Ela pode ocorrer a qualquer momento e a qualquer hora, desde que sejam aproveitadas as oportunidades que surgem¹⁸. Desse modo, a intervenção de enfermagem em forma de educação em saúde desenvolvida durante a internação hospitalar traz melhora do conhecimento, do autocuidado e da qualidade de vida para pacientes e seus familiares¹⁵.

Na atenção básica, as atividades mais desenvolvidas pelo enfermeiro são a consulta de enfermagem e a visita domiciliar. Ambas as atividades são importantes ferramentas utilizadas pelo enfermeiro¹⁹. A consulta de enfermagem permite o desenvolvimento de ações de educação em saúde, além de fortalecer o vínculo entre o profissional e o usuário²⁰, e a visita domiciliar permite identificar o meio ambiente em que o usuário está inserido, e de acordo com a realidade econômica e social propor ações em saúde, a fim de estimular e auxiliar a assumir o autocuidado²¹. É no momento da visita domiciliar que o enfermeiro adentra no mundo do usuário, conhece seu modo de se organizar, de se relacionar, de viver, conhece sua cultura, suas crenças e seus gostos.

A consulta de enfermagem e visitas domiciliares foram experiências significativas para os egressos: *A gente fazia as consultas de enfermagem. Tinha visita domiciliar e a gente tinha que ter respaldo teórico para fazer essa educação: nas visitas, na puericultura (E4); Nós íamos à unidade básica de saúde e fazíamos puericultura. Então tinha bastante orientação (E3).*

Vários estudos demonstram que a ação educativa está essencialmente presente em um processo de trabalho assistencial, particularmente no trabalho da enfermagem, o que mostra a importância dessa atividade na prática diária do profissional de enfermagem²². Na assistência de enfermagem, a educação em saúde apresenta-se como um instrumento a ser utilizado tanto no modelo assistencial individual, como no modelo de saúde coletiva, onde as ações se voltam para o controle da doença como fenômeno coletivo²².

Essas experiências citadas pelos egressos podem ser entendidas como oportunidades para a construção de um conhecimento pertinente em relação à educação em saúde. De acordo com Edgar Morin, para que o conhecimento seja

pertinente, é necessário que se perceba o conjunto. Não é a quantidade de informações, nem a sofisticação que podem fornecer sozinhas um conhecimento pertinente, mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto. Para isso, a educação deverá tornar evidente o contexto, o global, o multidimensional e o complexo¹³.

Os momentos que mais se aproximaram da possibilidade do global, de acordo com os discursos dos egressos, foram vislumbrados na atenção básica, por meio da visita domiciliar e atividades em escolas, em que o egresso consegue perceber diferentes realidades e ambientes. No domicílio, o egresso entra em contato com o mundo do outro, nas escolas, entra em contato com diferentes faixas etárias e determinadas condições socioeconômicas.

Também pudemos observar que os momentos significativos citados pelos egressos expressaram aspectos multidimensionais. Assim, o curativo, em seu aspecto biológico, relaciona-se ao cuidado com a pele do indivíduo, mas abrange outras dimensões. O banho, apesar de sua finalidade de higiene, adquire uma dimensão de conforto, de intimidade, do toque. Já, nas consultas de enfermagem, o indivíduo começa a ser visto de forma mais integral e recebe orientações mais abrangentes. Por fim, a visita domiciliar exige do profissional um olhar holístico, pois vários aspectos estão presentes nesse momento: cultura, organização familiar, situação econômica, religião, entre outros. Sob esse ponto de vista, a visita domiciliar torna-se um dos momentos que mais se aproxima do princípio multidimensional, capaz de abarcar as dimensões do indivíduo em sua totalidade.

O aspecto complexo relacionou-se não às atividades propostas pelos módulos em si mesmas, mas ao desenvolvimento dessas atividades na prática: *Era interessante porque você via na teoria e já aplicava na prática* (E8); *A gente fazia o estágio, tinha a aula teórica, um complementava o outro* (E9); *Foi tudo diferente, a questão das matérias básicas, anatomia, bioquímica e relacionar com o que a gente estava vendo* (E4). Este achado evidencia uma das premissas adotadas na proposta curricular, de trabalhar de maneira indissociável com a teoria e a prática.

Estratégias vivenciadas no ensino e aprendizagem da Educação em Saúde

Os egressos apresentaram várias formas de como realizaram a educação em saúde. Essas formas abrangeram estratégias de cunho tradicional e

outras em uma perspectiva construtivista e participativa.

Na perspectiva de cunho tradicional, as palestras foram as mais citadas, como forma de transmitir o conhecimento: *No internato nós fomos até uma escola e damos palestra para as crianças, a gente foi de sala em sala falando sobre as doenças sexualmente transmissíveis* (E1); e *A enfermeira da unidade convocou os pacientes e a gente fez palestras* (E8).

As palestras são importantes meios de transmissão de conhecimentos, porém, essa característica faz parte de uma educação de concepção tradicional, onde o educador é o centro do processo educacional, que organiza e controla todas as ações e expõe os conteúdos programáticos. Para a apresentação dos conteúdos, ele usa principalmente giz, lousa e *slides*. Durante a exposição cabe ao educando apenas memorizar as informações transmitidas. Nessa abordagem, a finalidade das estratégias de ensino é a de reforçar a automatização e memorização dos conteúdos, sendo o educador o principal canal de mediação do processo ensino e aprendizagem. Os autores reforçam que as ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde, em geral, ainda possuem um perfil de caráter mais autoritário, as quais são baseadas na transmissão de informações e direcionadas à mudança de comportamento dos indivíduos, o que caracteriza um modelo assistencial fortemente voltado para a doença, com ênfase no conhecimento técnico científico especializado e na fragmentação das ações de saúde²².

Ainda sob esse olhar, as palestras, como um método de ensino, podem ser caracterizadas como fragmentadoras do conhecimento, em que o saber do outro não é considerado. Morin ressalta o ensino da busca de soluções em meio a uma realidade complexa e cheia de incertezas¹². Para ele, a natureza do ser humano é a do reducionismo, portanto, é necessário esforçar-se para compreender a complexidade e combater a simplificação, a qual não revela a unidade e a diversidade presentes no todo¹³. Ao criticar a fragmentação do conhecimento, afirma que “tentar analisar o todo através de uma parte torna os espíritos míopes. É como enxergar apenas uma cor do arco-íris”¹³.

Morin critica o ensino fragmentado. Ao se referir aos espaços em que se desenvolve a educação, considera-os como um fenômeno complexo, que abriga uma diversidade de ânimos, culturas, classes sociais e econômicas, sentimentos. São espaços heterogêneos e, portanto, ideais para iniciar essa reforma do pensamento. Defende a incorporação dos problemas cotidianos ao ensino e a

interligação dos saberes²⁴.

A partir dos discursos dos egressos, pode-se perceber que essa percepção da complexidade foi citada por eles, quando afirmaram que a palestra alcança menores resultados: *Às vezes ia para o expositivo, mas era o menos utilizado, porque o expositivo absorve pouco, dá sono e é entediante, então a gente fugia do expositivo* (E5).

Na perspectiva participativa e construtivista outras metodologias foram citadas, como os grupos onde ocorrem as rodas de conversa, dinâmicas e trocas de experiências: *A gente realizava educação em saúde nos grupos, como o de gestantes. Trabalhávamos a educação em saúde tanto com o cuidado do próprio corpo, quanto o cuidado com o bebê e os métodos contraceptivos* (E5); *Usamos tinta guache para ver se eles tinham sensibilidade, pedíamos para eles andarem para avaliar a marcha* (E9); *Era importante, porque não era só falar como fazer e ficar aquela coisa vaga, a gente ia e mostrava as porções, os alimentos, como amassar os legumes, como preparar* (E14).

Os entrevistados também citaram outras estratégias utilizadas, destacando o bingo como um meio de desenvolver educação em saúde que estimulava a participação dos indivíduos: *No PIM 1 a gente fez um bingo no posto e, durante os intervalos, fazíamos as orientações para a população daquela área sobre um determinado tipo de doença, de prevenção* (E1).

A formação do conhecimento é algo complexo, não existe, em seu processo, uma metodologia garantida que atenda as suas demandas. As mudanças relacionadas ao modelo de educação em saúde, que ultrapassa a barreira da verticalização da transmissão do conhecimento, vêm encontrando espaço em ideias simples e de baixo custo. Assim, a educação em saúde realizada por meio de intervenções lúdicas e interativas é capaz de aproximar o educador da comunidade e promover uma identificação que seja significativa em relação ao que aos temas de saúde. O trabalho com o lúdico favorece o vínculo entre profissionais e usuários, além de proporcionar desenvolvimento de novas habilidades comunicativas pelos profissionais de saúde²⁵.

Acredita-se que, por meio da educação em saúde como método de ensino dialógico, o enfermeiro pode aprender a respeitar e potencializar a autonomia do usuário na luta por melhores condições de saúde². A aprendizagem significativa pressupõe a interação entre o novo conhecimento e o conhecimento já adquirido,

quando o novo conhecimento traz um significado para o educando e o conhecimento antigo fica mais diferenciado e elaborado, ou seja, aprendemos a partir do que conhecemos. Essa aprendizagem significativa permite que a educação em saúde propicie mudanças na qualidade de vida da comunidade.

Nesse campo, desenvolve-se a concepção humanista no processo de aprendizagem. Nessa concepção, a ênfase se dá nas relações interpessoais, assim, cabe ao educador ser o facilitador da aprendizagem, procurando compreender as necessidades e expectativas dos educandos e identificando o que é mais significativo para eles. Dessa forma, os recursos didáticos e os meios têm pouca importância, pois as tecnologias a serem usadas são aquelas que permitem a participação do educando e o diálogo professor-aluno²².

As práticas de saúde que se desenvolvem nesta perspectiva podem ter como resultado um processo de experiências contínuas de ensino-aprendizagem e influenciar as decisões a serem tomadas pelos indivíduos. Contribuem para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde, assim, a educação em saúde define-se como uma combinação de experiência de aprendizagem¹⁸.

Os egressos também trouxeram exemplos de educadores quando falaram de suas experiências de educação em saúde. Eles vislumbraram no profissional algumas características, como utilizar terminologias adequadas, ser empático e ter paciência: *Eu lembro da M., ela tinha um jeito muito legal de falar com as pessoas, de se colocar muito no lugar do outro. Essa questão da empatia, de ter bastante paciência para ensinar (E2).*

De acordo com Morin¹¹, a reforma da educação começa pela capacitação dos professores, segundo ele, o perfil deste profissional deve ser composto pelo conhecimento técnico e humano. Assim, o professor ilumina o conteúdo de sua disciplina com outros olhares para que seja interessante e que tenha melhor compreensão pelos alunos. Desse modo, o professor insere essa perspectiva de forma contextualizada no meio histórico, cultural, social filosófico e ético da vida humana, de maneira a desenvolver trabalho interdisciplinar e que leve ao desenvolvimento integral do educando.

Morin¹³ também expõe questões sobre a tolerância, a qual é composta por quatro graus. A primeira tolerância refere-se ao respeito sobre o pensamento do outro, evitando-se que a nossa concepção se imponha sobre ele, mesmo que o modo dele de pensar pareça ignóbil. O segundo trata sobre respeitar a

expressão de diversas opiniões de forma democrática. O terceiro refere que nenhuma ideia está errada, mesmo que seja diferente ou antagônica à nossa. E o quarto fala sobre o respeito às crenças religiosas e míticas de uma pessoa. Morin ainda refere que a tolerância vale para as ideias e não para os insultos, agressões ou atos homicidas.

Por meio do discurso e do pensamento complexo, percebe-se neste momento que o egresso trouxe, em sua fala, um exemplo de professor capaz de atender às necessidades técnicas, em relação a “terminologias adequadas” e, ao mesmo tempo, o define como um profissional humano, que se aproxima à realidade do outro para tentar compreendê-lo e, assim, por meio do diálogo, realizar a educação em saúde.

Espaços de atuação do enfermeiro para a realização da Educação em Saúde

Por meio do resgate das experiências vividas durante a formação, os egressos relacionaram a educação em saúde como algo que acontece principalmente em duas esferas: saúde coletiva e área hospitalar. Eles citaram vários locais em que realizaram as atividades de educação em saúde, tais como: Hospital Universitário, Maternidade Municipal, Posto de Saúde, Escolas, Centro de Saúde, Guarda Mirim e Epesmel (Escola Profissional e Social do Menor de Londrina).

Ainda, relacionam a área de saúde coletiva como um meio fértil para que ocorra a educação em saúde e afirmaram que ela se desenvolve de forma menos intensa na área hospitalar: *Eu percebo que foi mais na saúde coletiva que eu vi muito educação em saúde, estava muito ligado à parte mais pública (E4); Na área hospitalar a gente tem uma visão mais curativa. Na atenção básica a gente tem uma visão mais global sobre o paciente (E9).*

Estes mesmos achados foram encontrados em outro estudo²⁶ que trata sobre as dificuldades de se realizar educação em saúde na prática hospitalar, em que os enfermeiros atuam mediante orientações pontuais, prescritivas e focadas na doença, sinalizando o predomínio do antigo modelo voltado para a promoção da saúde e pela influência do modelo flexneriano, em que é enfatizado o enfoque biologicista. Nesse modelo, encontram-se maior fragmentação e especialização, criticadas por Morin.

Morin não condena a especialização, mas sim a perda da visão geral. Defende a interligação do conhecimento e combate o reducionismo instalado em nossa sociedade e valoriza o complexo. No entanto, sem a reforma do pensamento, é impossível aplicar suas ideias. Ainda defende que compreender o ser humano é entendê-lo dentro de sua unidade e de sua diversidade. É necessário conservar a unidade do múltiplo e a multiplicidade do único. Sua compreensão de homem engloba os antagonismos de que é um indivíduo que trabalha e brinca, é pragmático e imaginativo, prosaico e poético, econômico e consumista¹¹⁻¹³.

A atenção básica volta-se à prevenção de agravos e promoção da saúde, transformando esse campo em um ambiente fértil para a realização da educação em saúde. Além disso, há uma proximidade maior com o indivíduo relacionada ao contato pessoal e às condições socioeconômicas, de higiene e alimentação.

Além das características próprias que cada área de atuação da equipe de saúde atua apresenta, podemos refletir também sobre o papel do usuário em cada uma delas. Entende-se que a autonomia do paciente em ambiente hospitalar esbarra nas rotinas impostas a ele, contribuindo para sua despersonalização e perda da autonomia de vários aspectos de sua vida. Além disso, o paciente enfrenta algumas perdas durante o estado de doença²⁷. Dessa forma, de acordo com outro autor²⁸, durante a hospitalização, o homem, como provedor do lar, se vê impossibilitado de realizar suas funções, bem como o trabalhador se vê afastado de suas atividades cotidianas, preocupando-se em perder a colocação no mercado de trabalho. Além disso, no ambiente hospitalar, o profissional de saúde também se volta mais às questões curativas, pelo fato de estar mais distante e, por vezes, desconhecer a realidade do indivíduo. Pensando nessa questão, o indivíduo se ajusta à realidade do hospital, às suas rotinas, bem como aos horários para a realização do banho e horários de refeição. Já, na atenção básica, o usuário tem sua autonomia mantida. Ele está em seu meio, em sua casa, com seus costumes e sua cultura. Neste cenário, é o profissional de saúde que se ajusta às características do indivíduo.

Dentro desse contexto, evidencia-se a importância de considerar a ideia de que o homem é um ser biopsicossocial, indissociável de seu contexto cultural, o que constitui um sistema complexo, dinâmico e adaptativo independentemente do ambiente em que se encontra, isso é importante na

discussão proposta pela ciência contemporânea, a qual propõe uma abordagem sistêmica, interdisciplinar e reintegradora de tudo o que a ciência tradicional fragmentou²⁹.

Considerações finais

Podemos observar que a educação em saúde, sob a perspectiva do conhecimento pertinente de Morin, na proposta curricular em estudo, tem sido ensinada de forma contextualizada, principalmente nos módulos em que a teoria foi associada à prática. O princípio global relacionou-se às visitas domiciliares e atividades em escolas, onde os egressos puderam aplicar seus conhecimentos em ambientes e realidades diferentes. O multidimensional foi visto em atividades diferentes, tais como banho, curativo, visitas domiciliares, momentos em que o egresso teve contato com as dimensões do indivíduo em sua totalidade. O complexo não pôde ser relacionado ao ensino da educação em saúde propriamente dito, porém, a noção do complexo citada pelos egressos relacionou-se intrinsecamente com a característica do próprio currículo integrado, em que ele consegue fazer uma interligação entre os conteúdos das áreas básicas e o clínico, associando a teoria com a prática.

Os egressos citaram as estratégias utilizadas durante a graduação para a realização da educação em saúde. As estratégias partiram de uma perspectiva mais tradicional, caracterizada pela transmissão de informações, como as palestras, até concepções mais construtivistas e de compartilhamento de informações como os grupos, rodas de conversa, dinâmicas e trocas de experiências. Relataram, também, atividades lúdicas como o bingo, para desenvolvimento de atividades de educação. Porém, observamos que as palestras ainda são muito utilizadas.

Ressalta-se a importância de se trabalhar, desde a formação do profissional, uma educação em saúde que considere os saberes do outro, de forma a desmistificar a ideia de que o profissional de saúde é detentor do verdadeiro conhecimento. Torna-se importante, também, ensinar as várias estratégias que podem ser utilizadas para a educação em saúde, pois elas podem se tornar ferramentas para o enfermeiro com o propósito de ampliar sua visão e fornecer a ele uma gama de possibilidades, tornando-o criativo em sua atuação como educador.

A atenção básica foi citada como um meio fértil para que aconteça a

educação em saúde. Sugere-se que, durante a graduação de enfermagem, sejam destacados momentos para a realização da educação em saúde também na área hospitalar.

A presente pesquisa apresenta certos limites que estão relacionados ao recorte que foi realizado. Durante a busca pelos egressos para a coleta de dados, a maior parte dos recém-formados atuava em hospitais públicos, privados e filantrópicos, e a atenção primária encontrava-se em minoria. Mesmo a educação em saúde tendo relevância em todas as áreas de atuação do enfermeiro, sabe-se ainda que na atenção básica a educação em saúde é predominante, devido às suas características próprias e sua maior aproximação com o usuário e com a realidade em que ele vive. Dessa forma, recomendamos outros estudos ampliando o número de entrevistados atuantes na atenção básica.

Os resultados também foram relacionados com o currículo integrado que utiliza a educação em saúde como proposta de tema transversal. Indaga-se se as concepções trazidas pelos egressos teriam a mesma interpretação em currículos de outras escolas de enfermagem.

Portanto, espera-se, com este estudo, contribuir com o desenvolvimento da educação em saúde durante a graduação, tanto do currículo em estudo, como para outras escolas de enfermagem. A atividade educativa possui relevância na atuação do enfermeiro e deve estar presente em seu cotidiano. Espera-se que as práticas de educação em saúde possam ser realizadas de forma a considerar o saber do outro e que ganhem novas estratégias com a participação popular. Além disso, ressalta-se a importância de trazer a educação em saúde também para a área hospitalar.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde: Brasília, 2006.
2. SILVA, L.D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. v. 2, n. 2, p. 412-419, Mai/Ago, 2012.
3. FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro,

- v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
4. BUDÓ MLD, SAUPE R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 57, n. 2, p. 165-169, 2004.
 5. PEREIRA, E; SOARES, CB; CAMPOS, CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6. Dez, 2007.
 6. ABRAHÃO, AL; GARCIA, ALS. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 31, p. 155-162, 2009.
 7. WENDHAUSEN, A; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2013.
 8. DESSUNTI, E.M. et al. Contextualização do currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: KIKUCHI, E.M; GUARIENTE, M.H.D.M. **Currículo Integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2 ed. Londrina: 2014, p. 31-46.
 9. GARANHANI, M.L. et al. Integrated Nursing Curriculum in Brazil: A 13-Year Experience. **Creative Education**, v. 4. N. 12, p. 66-74, 2013.
 10. BRASIL. Conselho Nacional de Educação CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacional no curso de graduação em Enfermagem**. Brasília, DF, 2001.
 11. MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 20. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 128p.
 12. MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2015, 120 p.
 13. MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed Revisada. São Paulo: Editora Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2011.
 14. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 229 p. 2011.
 15. OLIVEIRA, F.F. educação em saúde no contexto da alta hospitalar de paciente de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Multitexto**, Montes Claros, v. 4, n. 1, 2016.

16. MACEDO, M.M.L. Cuida-me! Percepções de pessoas com úlceras de perna sobre as orientações de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 5, n. 2, p. 1586-1593. Mai/Ago, 2015.
17. JUNIOR, N.J.L.D. et al. Relatos de experiências vivenciados durante o banho no leito em um hospital metropolitano de Belém, PA. **EFDeportes, Revista Digital**. Buenos Aires, v. 16, n. 155. Abr, 2011.
18. FERREIRA, V.F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. Maio/Ago, 2014.
19. PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 454-462. Abr/Jun, 2014.
20. SILVA, K.M; SANTOS, S.M.A. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. V. 6, n.2, p. 248-258. Abr/Jun, 2016.
21. MERTINS, S.M. et al. Consulta de enfermagem: Um Relato de Experiência. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí, v. 10, n. 20. Jan/Jun, 2011.
22. LEITE, M.M.J; PRADO, C; PERES, H.H.C. **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. et al, 2010. 1. Ed. São Caetano do Sul. Difusão Editora, 2010. Série educação em saúde.
23. COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 53, p. 347-353, 2008.
24. ANA CRISTINA GERHARD, A.C; FILHO, J.B.R. Fragmentação dos saberes na educação científica escolar na percepção de professores de uma escola de ensino médio. **Investigações em Ensino de Ciências**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 125-145, 2012.
25. CARVALHO, B.G.C; MONTENEGRO, L.C. Metodologias de Comunicação no Processo de Educação em Saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. V. 2, n. 2, p. 279-287. Mai/Ago, 2012.
26. FIGUEIRA, A.B. et al. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 310-316. Abr/Jun, 2013.
27. FONSECA, M.A. Fraturas em membros inferiores por causas externas:

significado para indivíduos hospitalizados. **Revista InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.3, p.4-15. Set/Dez, 2014.

28. MENDES, C.V.A. et al. A importância da humanização no atendimento ao paciente hospitalizado. **Revista Farociência**, Porto Velho. v. 2, n. 2. Jul/Dez, 2015.
29. OLIVEIRA, E.R. Currículo, interdisciplinaridade e o pensamento sistêmico novo-paradigmático como inovação no curso de administração. **Revista Pensamento & Realidade**. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 129-150, 2015.

#

Manuscrito 3

#

7.3 MANUSCRITO III: AUTONOMIA DO USUÁRIO: DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO INÍCIO DA PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Resumo

O enfermeiro recém-formado vivencia desafios em seu primeiro emprego relacionados ao exercício profissional e inserção na equipe de saúde como profissional e líder. O objetivo foi compreender como o recém-formado desenvolve ações de educação em saúde, visando à autonomia do usuário. Estudo qualitativo, exploratório, realizado com 14 enfermeiros que atuavam em diversas áreas da saúde. Realizadas entrevistas semiestruturadas, no período de novembro de 2015 a julho de 2016, tendo sido gravadas, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo. Os resultados foram discutidos com os pressupostos da Autonomia, de Edgar Morin, organizados em três categorias: Construindo a autonomia no processo de trabalho; Construindo a autonomia compartilhada; e Construindo a autonomia na educação em saúde. A educação em saúde é relevante na prática do enfermeiro, sendo também importante para a construção da própria autonomia, bem como para a autonomia do usuário em seu processo saúde-doença.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Recém-Formado; Pesquisa Qualitativa.

Introdução

Para o recém-formado, o primeiro emprego torna-se um desafio presente em sua atuação como enfermeiro, principalmente em seus primeiros meses de exercício profissional. Nesta fase inicial, surgem várias necessidades: a de aprender, de ser apoiado, aceito e respeitado pela equipe, e são permeadas pela insegurança e pelo medo. Estes desafios podem ser vistos como uma forma de superar uma situação ou evento estressante, conforme a perspectiva do recém-formado. A superação das situações difíceis pode se desdobrar em crescimento, desenvolvimento e conquistas¹.

Diante de tais situações, os enfermeiros recém-formados se deparam com situações estressantes e isso ocorre devido à distância entre o que aprendem no curso de graduação e o que encontram na prática nas instituições de saúde. Situações desafiadoras sempre surgem no desenvolvimento profissional, portanto o caminho deve começar a ser percorrido já na graduação, uma vez que o aprendizado acontece de forma dinâmica e constante, por meio do desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes e experiências necessárias à qualificação do enfermeiro^{1,2}.

O egresso recém-formado busca, a partir da realidade do primeiro emprego, sua autonomia perante sua própria construção como profissional. É um momento de autoconhecimento e de trocas para fins de estabelecimento de interação com a nova equipe, em que passa a assumir um novo papel. Assim, torna-se importante conhecer e compreender as características do processo de trabalho em que está inserido^{2,3}.

O processo de trabalho em saúde faz parte de um conjunto de especificidades de conhecimentos que resulta na assistência à saúde aos indivíduos e é composto por uma série de processos de trabalho desempenhados por diversos agentes. Dessa forma, o trabalho em saúde deve ser entendido como um trabalho coletivo³.

Apesar de ter sofrido grande influência do uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta (tecnologias duras) e conhecimentos tecnológicos (tecnologias leves-duras), o trabalho em saúde possui certas especificidades devido à sua característica de interação interpessoal, uma vez que as ações de saúde ocorrem no encontro entre profissional e usuário (tecnologias leves). Portanto, o trabalho em saúde e enfermagem é mediado pela interação e

comunicação em seu exercício cotidiano, constituindo-se como processo humano essencialmente intersubjetivo⁴⁻⁶. Dessa forma, devido às suas características próprias, o trabalho em saúde diferencia-se da produção material: pode-se afirmar que o trabalho em saúde é imaterial e não pode ser totalmente capturado pela lógica do trabalho morto. Este trabalho é mediado pela relação social e pela comunicação que se configuram em processos de intervenção em ato, ou trabalho vivo⁶.

Da mesma forma, a profissão de enfermagem visa cuidar do ser humano em todas as fases de seu ciclo da vida, contribuindo para a prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e a educação em saúde constitui-se em um dos instrumentos utilizados tanto no modelo assistencial individual, como no modelo de saúde coletiva, onde as preocupações estão direcionadas para o controle da doença como fenômeno coletivo⁷.

Portanto, compreende-se que a educação em saúde é uma forma de solucionar os problemas de saúde por meio da participação, sendo guiada pela compreensão de suas causas. Além disso, a educação em saúde vai além de um processo de transferência de conhecimentos, ela se utiliza da construção dos saberes de forma compartilhada, cabendo ao educador respeitar os saberes do educando e sua autonomia⁸. E são estas relações que, vivenciadas em processos de codependência, vão construindo a autonomia profissional do enfermeiro e também a autonomia dos usuários.

De acordo com o filósofo e pensador da atualidade Edgar Morin, a autonomia é a capacidade que o indivíduo possui de relacionar-se com o ambiente em que vive, de se organizar e de se produzir para manter seu processo vital. Porém, o desenvolvimento da autonomia relaciona-se estreitamente com o conceito de dependência, ou seja, para o indivíduo construir sua identidade, ele necessita da dependência em suas relações com os outros. É por meio desta dependência que ele percebe suas necessidades, exerce a tolerância, enfim, relaciona-se em meio a variados fatores externos. Alguns exemplos das dependências referem-se à família, à escola, à linguagem, à cultura e à própria sociedade⁹.

Ações de educação em saúde compõem o processo de trabalho de enfermeiros recém-formados. Investigar esse tema em um curso de graduação em enfermagem que desenvolve a educação em saúde de maneira transversal em uma proposta pedagógica diferenciada, torna-se um desafio. A metodologia ofertada por este currículo integrado (CI) é fundamentada na problematização, a qual requer um

compromisso com a aprendizagem por parte do aluno. O currículo integrado é organizado a partir de uma matriz curricular estruturada em módulos interdisciplinares e temas transversais, presentes em todos os módulos, do primeiro ao quarto ano, e entre eles encontra-se a educação em saúde.

Portanto, surge a seguinte indagação: como o enfermeiro recém-formado por esse CI desenvolve ações de educação em saúde visando à autonomia do usuário quando está construindo a sua própria autonomia em seu primeiro emprego? E tem por objetivo buscar compreender como o recém-formado desenvolve ações de educação em saúde, visando à autonomia do usuário, sendo que, no início da prática profissional, está também construindo sua própria autonomia.

Espera-se, com este estudo, refletir sobre possíveis caminhos para o aprofundamento do tema, bem como ampliar a visão sobre o desenvolvimento de ações de educação em saúde efetivas na prática cotidiana do enfermeiro.

Método

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Para a escolha do local do estudo, buscou-se um curso de graduação em enfermagem. O artigo deriva de uma Dissertação de Mestrado que está vinculada a um projeto maior, desenvolvido em um grupo de pesquisa denominado de “Grupo de Estudos na Formação na Área da Saúde” (GFAS), o qual tem analisado a implementação de temas transversais na prática pedagógica de um Currículo Integrado de Enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil, por meio da abordagem de documentos, estudantes, professores e egressos.

Foram realizadas entrevistas na cidade onde ocorreu o estudo, com alunos recém-formados, egressos do curso de enfermagem em estudo. Para a inclusão dos participantes foram utilizados os seguintes critérios: ter concluído a graduação entre os anos de 2011 e 2013, estar incluído no mercado de trabalho há, pelo menos, um ano como enfermeiro e trabalhar na cidade do estudo.

O contato inicial com os enfermeiros ocorreu, basicamente, por meio de redes sociais e aplicativo de mensagens via celular. A partir de então, a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa foram confirmados para enfim realizar o agendamento da data da entrevista. Os participantes escolheram o local da entrevista de acordo com sua opção e disponibilidade. A coleta de dados

desenvolveu-se no período de novembro de 2015 a julho de 2016.

Foram entrevistados cinco enfermeiros que atuavam em hospital privado; um, em hospital filantrópico; três, em hospital público; três enfermeiros na atenção básica; um, em ambulatório; e um, em clínica médica particular, somando-se, no total, 14 enfermeiros participantes da pesquisa. Buscou-se diversificar os campos de atuação para ampliar as possibilidades de resultados encontrados.

Realizaram-se entrevistas do tipo semiestruturadas, com as seguintes questões norteadoras: Na sua prática cotidiana você realiza educação em saúde? De que forma? Qual foi a experiência mais significativa de educação em saúde que você teve durante a sua prática? Além destas, foram formuladas questões adicionais a partir do contexto do diálogo a fim de tornar claro o ponto de vista do entrevistado ou, ainda, retomar o contexto da entrevista. O diálogo foi gravado e transcrito na íntegra e retirados os vícios de linguagem para melhor compreensão após a leitura. Ao final, foram contabilizados 354 minutos e 16 segundos de gravação de todas as entrevistas, com média de 25 minutos de duração para cada uma.

Analisaram-se os resultados a partir do método proposto por Bardin¹⁰, buscando descrever e interpretar os discursos, no objetivo de captar o pensamento do sujeito por meio do conteúdo do texto, de forma transparente a partir da extração de unidades de registro e formando categorias. A discussão dos resultados neste estudo foi aprofundada por meio do referencial da Autonomia de Edgar Morin.

Os discursos foram identificados pela letra E (Egresso), seguida por um numeral aleatório que não corresponde, necessariamente, à sequência das entrevistas.

No momento da entrevista, antes de seu início, o entrevistado foi informado a respeito dos objetivos da pesquisa, do método de coleta e da importância da gravação, solicitando-lhe permissão para a mesma e assegurando-lhe o sigilo, além da liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Após esclarecimento e aceite dos convidados, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As gravações ficarão sob responsabilidade da autora principal e serão destruídas após 5 anos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética sob a CAAE 18931613.5.0000.5231 e Parecer 200/2013.

Resultados e discussão

Os discursos revelaram as potencialidades e desafios na realização da educação em saúde por enfermeiros recém-formados em seu cotidiano de trabalho. As potencialidades foram relacionadas ao trabalho em equipe multiprofissional, e os desafios relacionaram-se ao processo de trabalho, à implementação de uma concepção construtivista de educação em saúde, ao próprio enfermeiro e ao usuário. Houve, ainda, relatos sobre desfechos de sua prática educativa, os quais geraram sentimentos de frustração ou satisfação. Assim, a análise dos resultados formou três categorias: Construindo a autonomia no processo de trabalho; Construindo a autonomia compartilhada; e Construindo a autonomia na educação em saúde.

Construindo a autonomia no processo de trabalho

No trabalho em enfermagem existem vários processos de trabalho envolvidos, entre eles, aqueles definidos pela assistência, administração, pesquisa e participação política⁷, portanto, exige-se, cada vez mais, que o enfermeiro desempenhe múltiplas funções. Esses processos de trabalho destacam-se na atuação do enfermeiro, desenvolvidos principalmente em razão das demandas e características específicas de cada setor. Alguns locais permitem maior assistência direta ao usuário, enquanto que em outros há maior exigência em relação às atividades gerenciais¹¹.

Os desafios relacionados ao processo de trabalho para a realização da educação em saúde foram citados como a diversidade de atribuições do enfermeiro: *Falta muito da nossa parte porque são muitas coisas para resolvermos, muitos detalhes, e não conseguimos dar conta de tudo* (E4); a falta de tempo: *A educação em saúde deveria acontecer a todo momento no processo da internação, mas como desenvolver essas ações, com qualidade, em um ambiente de correria?* (E5), e a rotina automática: *Porque eu lido com “ombro e cotovelo”. Mudam algumas patologias, mas é muito automático, eu lido com aquilo quase todo dia, é uma rotina* (E8).

Surgem muitos questionamentos acerca das condições de trabalho que geram sobrecarga, práticas de rotina que acontecem de forma automática, sem reflexão crítica, além de diminuir a valorização das práticas de educação pelos próprios enfermeiros, uma vez que outras atividades desempenhadas por ele

ganham maior atenção e destaque em relação às práticas de educação em saúde. Além disso, a falta de incentivo por parte dos gestores também é uma das dificuldades encontradas para a realização da educação em saúde no cotidiano do enfermeiro¹².

Nesse cenário, reflete-se que o enfermeiro recém-formado, muitas vezes, ainda está em processo de conhecimento do modo de trabalho em saúde, que pode ser entendido como um mundo novo a ser explorado. Para tanto, no início da profissão, o enfermeiro tende a se apegar mais às atividades que envolvem tecnologias duras e leves-duras, uma vez que seu conhecimento ainda encontra-se em processo de formação. Com o desenvolvimento de sua prática, ao agregar conhecimentos, este processo torna-se mais fácil e passa a ser incorporado em suas atividades cotidianas¹³. A partir desse ponto, com seu autogoverno mais estruturado, o olhar do profissional se amplia e as tecnologias leves, com destaque para a educação em saúde, também considerada como uma tecnologia leve, tendem a ser desenvolvidas para que, então, sua autonomia profissional passe a ganhar corpo.

A inserção do recém-formado na equipe de enfermagem e de saúde como profissional constitui um espaço de relações que ajuda a desenvolver sua autonomia, espaço este permeado por experiências intensas e grandes desafios. Ele caminha em meio ao desconhecido, ao mesmo tempo em que, vai se familiarizando com as novas realidades. Além disso, algumas características dificultam este processo inicial de inserção na equipe e de liderança, entre elas destacam-se: faixa etária jovem, dificuldade de aceitação inicial pela equipe, falta de experiência e de destreza técnica, resistência de alguns componentes da equipe em aceitar as orientações do enfermeiro, dificuldade de relacionar-se com o grupo e a estrutura organizacional tradicional¹⁴, considerados, muitas vezes, como fatores que dificultam a realização da educação em saúde na prática diária do recém-formado.

Percebe-se que a educação em saúde esbarra em questões relacionadas ao início da prática profissional do egresso, como citado anteriormente, além de se fundamentar em questões relacionadas à autonomia do profissional recém-formado. À medida que seu autogoverno é estruturado, ele ganha confiança para desempenhar atividades educativas.

Construindo a autonomia compartilhada

A autonomia compartilhada relacionou-se às práticas que os egressos desenvolvem tanto em equipe multiprofissional, quanto com o usuário de saúde.

Em relação à equipe multiprofissional, citaram: *Formávamos grupos multiprofissionais, com temas sobre tabagismo, mulheres cardiopatas, planejamento familiar [...] foi onde tivemos bem legais* (E2). Ao falar sobre essas experiências, revelaram aspectos positivos, destacando que cada profissional em seu campo de saberes, ao trabalhar em conjunto, traz benefícios aos usuários: *Teve um paciente com sequela após um trauma raquimedular [...] na alta hospitalar fizemos várias orientações sobre nutrição, mudança de decúbito, higiene [...] foi um conjunto, um trabalho em equipe multiprofissional* (E4).

Outros autores também citam que o trabalho em saúde na perspectiva de equipe traz diversos benefícios, pois essa união viabiliza uma organização do serviço de saúde e propicia o respeito, a autonomia e o vínculo entre os profissionais e os pacientes, com o objetivo de uma abordagem mais integral e resolutiva, além de permitir que os profissionais das diversas áreas possam criar intervenções diferenciadas¹⁵.

A formação de uma rede de pessoas rompe com a visão dominante e individualista das especialidades, permitindo manter uma troca de saberes, afetos e vontades que irá resultar em uma união de diferentes ideias e trabalhos voltados à promoção da saúde¹⁵. Esta perspectiva também corrobora com o desenvolvimento da autonomia no sentido proposto por Edgar Morin, pois a vivência em meio às relações interpessoais constitui a base para a construção da identidade de cada um.

A discussão realizada acerca da importância da educação em saúde como um saber compartilhado com o usuário e com a equipe de saúde evidencia a importância da conscientização de que esta atividade é um ato educativo compartilhado e não solitário. A educação em saúde é um momento em que se dá a troca de informações, onde o profissional adentra no mundo do outro, sendo o inverso também verdadeiro. Portanto, não se faz educação em saúde solitariamente, mas sim com o outro, ou com os outros.

Além da construção da educação em saúde em uma equipe multiprofissional, os egressos também evidenciaram a construção dessa ação em relação aos usuários de saúde, discutiram sobre práticas de saúde compartilhadas:

Para mim, educação em saúde é você compartilhar a informação com outra pessoa de forma a contribuir para uma melhor qualidade de saúde, tanto dela, da família e da comunidade em que ela vive (E5).

Entretanto, alguns desafios surgem durante esse processo, tendo sido citados pelos egressos: condições socioeconômicas, idade, escolaridade: *“porque, às vezes, eles não sabem nem escrever o nome [...] Então a gente tem que saber a condição e o limite de cada um para saber conversar com eles. (E9); e “o idoso não, você tem que repetir várias vezes e, mesmo assim, ainda, depois ele não faz daquela forma (E8); além de fatores psicológicos, como a ansiedade: “tem a questão da ansiedade, mesmo depois de orientar parece até que a pessoa não escutou nada” (E8).*

Também revelaram que características inerentes ao indivíduo, como o interesse que apresenta ao receber novas informações, interferem nesse processo de educação: *Para alguns pacientes tem efeito, tem alguns que é fácil de orientar, têm adesão. Mas tem alguns que, mesmo você orientando, vão reinternar, alguns vão entender, alguns vão dar importância, outros não, acho que é muito do perfil do paciente (E4).*

Sabe-se que a educação em saúde é definida como um processo de construção de conhecimentos que tem por objetivo a apropriação de saberes pela população. É composta por um conjunto de práticas que visam aumentar a autonomia das pessoas em seu cuidado, a fim de alcançar uma atenção à saúde conforme suas necessidades¹⁶. Assim, a educação em saúde requer a compreensão da realidade em que o indivíduo encontra-se inserido e, a partir disso, propor ações que transformem seu contexto e o conduzam à sua autonomia e emancipação, sendo capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade^{8, 17}.

A comunicação surge nesse âmbito como uma tecnologia considerada fundamental para uma prática assistencial humanizada. Ela aproxima e promove a interação entre os seres humanos de forma a compartilhar conhecimentos. Quando a linguagem não é clara, torna-se necessário o desenvolvimento de novas habilidades para a transmissão das ideias¹⁸.

Nota-se também que a educação em saúde tem por objetivo fornecer meios para que o próprio indivíduo reconheça seu autogoverno perante sua vida e suas condições de saúde, propiciando-lhe a autonomia. Portanto, para que o

enfermeiro propicie a construção da autonomia do outro, ele precisa ter consciência de seu próprio processo de desenvolvimento da autonomia. Acreditamos que, quanto mais a autonomia do enfermeiro estiver consciente e consolidada, provavelmente o profissional utilizará maior número de estratégias para facilitar a construção da autonomia do outro, desde que este objetivo esteja claro para ele. Assim, desenvolver educação em saúde na perspectiva do crescimento e desenvolvimento da autonomia do outro também envolve ter consciência da sua própria autonomia. Pensamos que estes aspectos possam se constituir em objeto de estudo para pesquisas posteriores.

Construindo a autonomia na educação em saúde

Os discursos também evidenciaram a construção da autonomia profissional e do autogoverno em relação às práticas de educação em saúde. Além disso, referiram enfrentar desafios relacionados aos outros enfermeiros, como a visão que estes têm sobre a educação em saúde, com priorização da verticalização da informação; entre outras: *Muitas vezes faziam de forma impositiva e proibitiva. Hoje em dia é diferente, para abordar uma pessoa não pode ser assim* (E5); a forma como ele desenvolve e como atua: *Eu sou péssima em educação em saúde, eu acho. Porque eu sempre achei muito difícil você conseguir mostrar aquilo, porque você não pode impor isso para a pessoa* (E2). Além disso, os egressos compreendiam que a educação em saúde não pode se dar de forma impositiva, sendo que o usuário também participa desse processo de aprendizagem.

Por meio dos discursos, notamos que a prática de muitos profissionais ainda é embasada por abordagens educativas tradicionais, em que a cultura não é tomada como referência, onde o foco ainda é a doença e a educação em saúde torna-se um instrumento que não atinge a promoção da saúde. Portanto, para que as ações educativas sejam efetivas e relevantes, é necessário também, resgatar os princípios da comunicação, informação, educação e escuta qualificada¹⁸.

Os discursos dos egressos participantes deste estudo revelaram que estes vivenciavam estas características dos processos de trabalho nos diferentes serviços de saúde, buscando desenvolver a educação em saúde em seu processo de trabalho. Alguns relatos trouxeram esta atividade como algo mais formal, utilizando estratégias como campanhas e palestras: *Onde eu trabalho sempre motivamos os pacientes, deixamos banner, distribuimos folder [...] a gente faz uma*

palestra para os pacientes que estão aguardando consulta na sala de espera (E1). Além disso, alguns discursos revelaram que a educação em saúde também pode se desenvolver de forma natural, dentro do próprio contexto de trabalho, como forma de transmissão de informações: *Acontece na hora que você vai conversar com a família, vai entrevistando, aí eu já tento solucionar o problema e transmito informações (E11);* e até mesmo de compartilhamento de experiências: *Educação em saúde é isso, é você compartilhar. Se você não compartilha, a pessoa vai acabar adoecendo por uma coisa que ela poderia evitar com uma simples informação (E5).*

Nesse contexto, cabe ao educador ser o facilitador da aprendizagem, procurando compreender as necessidades e expectativas dos educandos, buscando identificar o que é mais significativo para eles¹⁷. Partindo dessa premissa, torna-se importante buscar apreender a cultura dos indivíduos, sua visão do mundo, além de seu contexto social e familiar. Estes fatores possibilitam exercer uma educação em saúde focada na realidade, que compreende o mundo vivido pelo indivíduo. Dessa forma, uma ação educativa que parte da realidade cultural possibilita às pessoas sua própria construção de um novo conhecimento. Isso requer uma concepção pedagógica onde o diálogo e o respeito pelo outro sejam o referencial de atuação dos profissionais da saúde¹⁸.

Percebe-se que para a aprendizagem do conhecimento não existe uma metodologia garantida, uma vez que muitos fatores permeiam este processo. Então, observamos que mudanças relacionadas ao modelo de educação em saúde que ultrapassam a barreira da verticalização da transmissão do conhecimento vêm encontrando espaço em ideias simples e de baixo custo¹⁹. Nesse sentido, os egressos mencionaram o compartilhar de experiências.

Assim, todo o contato que o profissional de enfermagem tem com o usuário no serviço de saúde pode se potencializar como um momento de educação em saúde, compreendendo sempre que a pessoa tem o direito de decidir se aprende ou não. A enfermagem tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender⁷.

As experiências de educação em saúde vivenciadas pelos egressos também foram permeadas por sentimentos que se relacionaram com os desfechos encontrados. Pode-se observar que, ao obter sucesso em sua prática, eles demonstraram sentimentos de satisfação: *A educação em saúde com aquela usuária teve um bom resultado [...] foi uma situação que começou ruim e terminou*

bem (E5). Porém, quando não obtiveram sucesso, quando sua ação não surtiu efeito ou não fez sentido ao educando, eles demonstraram frustração: *Nós fazemos as orientações de alta, mas, infelizmente, alguns não conseguem entender. Então, quando eles reinternam, voltam em situação precária* (E9). Neste momento podemos refletir que o recém-formado decai para uma perspectiva tradicional de educação, desejando efeitos imediatos sem contextualização de cada situação em particular.

O processo de aprendizagem e de mudança não é imediato, pois requer tempo para que a pessoa tome consciência e passe a modificar seus hábitos. Muitas vezes, na atuação profissional, os enfermeiros imaginam que o processo de mudança acontece de forma rápida e que suas orientações são acatadas de imediato, dessa forma, quando se almeja resultados rápidos, surgem sentimentos de frustração que podem inclusive levar o profissional a desistir.

Assim, observamos que os egressos mantinham uma postura ainda tradicional de educação em saúde, o que não facilita o desenvolvimento da autonomia do outro. As palestras podem ser compreendidas como um método de ensino voltado à transmissão de informações e que se caracteriza pelo conhecimento técnico científico especializado e na fragmentação das ações de saúde, em que o saber do outro não é considerado¹⁷.

Em meio a essas relações, o enfermeiro trabalhador pode assumir uma postura subordinada à produção ou atuar como um sujeito protagonista, com autonomia e autogoverno. Dessa forma, em seu cotidiano, os trabalhadores de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam, como podem também criar espaços de mudança com novas formas de intervenção e modos de trabalhar²⁰. Estas premissas fazem sentido quando aliamos os desafios do desenvolvimento da própria autonomia que o enfermeiro recém-formado está vivenciado com as práticas de educação em saúde, que em sua essência buscam também favorecer e fortalecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Assim, o profissional, ao mesmo tempo em que está em processo de desenvolvimento de sua autonomia, deve estar facilitando e propiciando o desenvolvimento da autonomia do outro.

A partir dos relatos sobre os desafios relacionados ao próprio profissional quanto aos usuários, percebe-se que a autonomia profissional adquirida pelo egresso se relaciona ao fato de que ele consegue incorporar outras atividades ao seu cotidiano de trabalho, dentre elas, a educação em saúde. Além disso, em

meio a este processo, o enfermeiro está construindo sua auto-eco-organização, apreendendo os problemas como algo habitual, o que acontece a partir de vivências anteriores para conseguir superar suas adversidades.

Considerações finais

O enfermeiro recém-formado, muitas vezes, em seu primeiro emprego encontra-se em fase de conhecimento do processo de trabalho e tende a desenvolver mais atividades relacionadas às tecnologias duras e leves-duras. A inserção dele na equipe de enfermagem e de saúde, como profissional, é também um processo permeado por experiências intensas e grandes desafios. Esse espaço de relações ajuda-o a desenvolver sua autonomia. Assim, neste momento em que caminha em meio ao desconhecido, ao mesmo tempo em que vai se familiarizando com as novas realidades, o recém-formado passa a construir sua autonomia, construindo sua auto-eco-organização, enquanto assimila os problemas como algo habitual e supera as adversidades a partir de experiências vividas.

Quando adquire mais experiência, o olhar deste profissional passa a ser ampliado, estrutura melhor seu autogoverno e consegue incorporar as atividades consideradas como tecnologias leves. Assim, no início, o desenvolvimento da educação em saúde, considerada uma tecnologia leve, torna-se um desafio para os egressos.

A construção da autonomia também se relaciona com o convívio com o outro, seja ele a equipe multidisciplinar ou o usuário de saúde. Para que o objetivo da educação em saúde seja atingido, que é o de fornecer meios para que o próprio indivíduo reconheça seu autogoverno perante sua vida e suas condições de saúde, o enfermeiro precisa ter consciência de seu próprio processo de desenvolvimento da autonomia. Assim, desenvolver educação em saúde na perspectiva do crescimento e desenvolvimento da autonomia do outro também envolve ter consciência da sua própria autonomia.

Os resultados ainda apontaram para os sentimentos relacionados aos desfechos na prática da educação no cotidiano dos egressos: ao alcançar sucesso em sua prática, eles demonstraram sentimentos de satisfação, porém, quando não obtiveram sucesso, quando sua ação não surtiu efeito ou não fez sentido ao educando, eles demonstraram frustração. Dessa forma, a perspectiva tradicional de educação ganha destaque quando efeitos imediatos são almejados.

Esta pesquisa apresenta certos limites que estão relacionados ao recorte que foi realizado, uma vez que o currículo integrado utiliza a educação em saúde como proposta de tema transversal. Indaga-se se as concepções trazidas pelos egressos teriam a mesma interpretação em currículos de outras escolas de enfermagem.

Portanto, espera-se, com este estudo, estimular o ensino da educação em saúde durante a graduação tanto do currículo em estudo, como para outras escolas de enfermagem, pois a atividade educativa é um importante papel a ser desenvolvido pelo enfermeiro e deve ser realizada em todo contato que ele tenha com o usuário de saúde, ou seja, desde o início de sua atuação como profissional. A educação em saúde também é relevante para o processo da construção tanto da própria autonomia, quanto a do usuário de saúde e da sua equipe multidisciplinar. Portanto, espera-se que as práticas de educação em saúde possam ser desenvolvidas com o compartilhamento das informações e que ganhem novas estratégias com a participação popular.

Referências

1. SILVA, D.G.V. et al. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 2, p. 511-516, 2010.
2. SOUZA, L.P.S. et al. Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, 2014.
3. SOUZA, S.S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. V. 12, n. 3, p. 449-455. Set, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.
4. CARVALHO, B.G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n.1, 8 telas. Jan/Fev, 2012.
5. SAMPAIO, D.M.N; ALBA, B.A.V; VILARA, M.M.M.P. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. *Revista Saúde.Com*, v. 8, n. 2, p. 61-68, 2012.
6. FRANCO, T.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n.2, p.151- 163, 2012.
7. COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 53, p. 347-353, 2008.

8. SILVA, L.D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. v. 2, n. 2, p. 412-419, Mai/Ago, 2012.
9. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5a ed. Porto Alegre: Sulina: 2015.
10. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 229 p. 2011.
11. GIORDANI, J.N; BISOGNO, S.B.C; SILVA, L.A.A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.
12. FIGUEIRA, A.B. et al. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 310-316. Abr/Jun, 2013.
13. HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265. Abr-Jun, 2009.
14. VILELA P.F; SOUZA Â.C. Liderança e o enfermeiro recém-formado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 591-597. Out/Dez, 2010.
15. VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. V. 17, n.1, p. 133-141. Jan/Mar, 2013.
16. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**: Brasília, 2006.
17. SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230. Jan/Mar, 2013.
18. MOURÃO, C.M.L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145. Jul/Set, 2009.
19. CARVALHO, B.G.C; MONTENEGRO, L.C. Metodologias de Comunicação no Processo de Educação em Saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. V. 2, n. 2, p. 279-287. Mai/ago, 2012.
20. PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 21, n. 2, p. 629-646. Rio de Janeiro, 2011.

#

Considerações

Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os temas transversais estão presentes no currículo integrado em estudo e têm por objetivo contribuir para a formação de enfermeiros com um olhar integral. Contínuas reformulações vêm sendo desenvolvidas desde o ano de sua implantação, tendo a última ocorrido no ano de 2011. Essas reformulações têm entre outros objetivos, o intuito de aprimorar o desenvolvimento destes na graduação. Este estudo, a partir de seus resultados, permitiu uma análise de como o tema “educação em saúde” vem sendo apreendido pelo enfermeiro recém-formado, egresso do currículo integrado, na perspectiva da Teoria da Complexidade, de Edgar Morin.

Em relação à concepção da educação em saúde sob a perspectiva da compreensão humana, pode-se inferir que alguns egressos ainda estavam em processo de construção de seu caminho rumo à compreensão, porque se apresentaram lacunas relacionadas aos conceitos apresentados pelos egressos, e foram percebidas como a dificuldade em defini-los, ou, ainda, a confusão entre os termos “educação continuada” e “educação permanente”.

Alguns egressos trilham o caminho da compreensão objetiva, sendo esta mais perceptível, e com ênfase nas estratégias de ensino tradicionais. A compreensão humana está presente com menor ênfase e ainda em movimento de construção.

O alcance da compreensão humana ganha importância na área da saúde, pois, cotidianamente, os profissionais de saúde se deparam com uma diversidade de pessoas, que, em seus mundos próprios, possuem crenças, culturas e modos de vida diferentes. Assim, quando nos colocarmos sob o ponto de vista do outro, em uma relação empática e respeitosa, podemos enxergar para além, facilitando a comunicação e o apoio ao desenvolvimento da autonomia dos indivíduos em seus processos de saúde e doença.

Ressalta-se a importância de se trabalhar, desde a formação do profissional, uma educação em saúde que considere os saberes do outro, de forma a desmistificar a ideia de que o profissional de saúde é detentor do verdadeiro conhecimento. Torna-se importante, também, ensinar as várias estratégias que podem ser utilizadas para a educação em saúde, pois elas podem se tornar ferramentas para o enfermeiro com o propósito de ampliar sua visão e fornecer a ele

uma gama de possibilidades, tornando-o criativo em sua atuação como educador.

Também podemos observar que a educação em saúde, sob a perspectiva do conhecimento pertinente de Morin, na proposta curricular em estudo, tem sido ensinada de forma contextualizada, principalmente nos módulos em que a teoria foi associada à prática. O princípio global relacionou-se às visitas domiciliares e atividades em escolas, onde os egressos puderam aplicar seus conhecimentos em ambientes e realidades diferentes. O multidimensional foi visto em atividades diferentes tais como banho, curativo, visitas domiciliares, momentos em que o egresso teve contato com as dimensões do indivíduo em sua totalidade. O complexo não pôde ser relacionado ao ensino da educação em saúde em si, porém, a noção de complexidade citada pelos egressos relacionou-se intrinsecamente com a característica do próprio currículo integrado, em que eles conseguem fazer uma interligação entre os conteúdos das áreas básicas e do clínico, associando a teoria com a prática.

Os egressos citaram as estratégias utilizadas durante a graduação para a realização da educação em saúde. As estratégias partiram de uma perspectiva tradicional, caracterizada pela transmissão de informações, como as palestras, até concepções mais construtivistas e de compartilhamento de informações, como os grupos, rodas de conversa, dinâmicas e trocas de experiências. Relataram também atividades lúdicas como o bingo, para desenvolvimento de atividades de educação. Porém, observamos que as palestras ainda são muito utilizadas.

Além disso, a atenção básica foi citada como um meio fértil para que aconteça a educação em saúde. Este achado pode ser relacionado ao fato de que, neste local, a autonomia do usuário é mais preservada, pois ele encontra-se em seu meio, em sua casa, com seus costumes e sua cultura. Neste cenário, é o profissional de saúde que se ajusta às características do indivíduo, enquanto que, no ambiente hospitalar, o profissional de saúde realiza as atividades de forma verticalizada, diminuindo a participação do usuário em seu próprio curso de saúde-doença. Portanto, sugere-se que, durante a graduação de enfermagem, sejam destacados momentos para a realização da educação em saúde também na área hospitalar, além da importância do olhar integral sobre o usuário também no momento da hospitalização. As palestras também foram citadas como um dos meios mais importantes para a realização da educação em saúde. Assim, sugerimos o ensino da

educação em saúde com outras abordagens no decorrer da graduação.

Os resultados evidenciaram que o início da prática profissional torna o desenvolvimento da educação em saúde um desafio para os egressos, uma vez que o processo de trabalho em saúde, nessa fase, apresenta-se como um mundo novo a ser explorado. Nota-se também que a educação em saúde tem por objetivo fornecer meios para que o próprio indivíduo reconheça seu autogoverno perante sua vida e suas condições de saúde, propiciando-lhe a autonomia. Portanto, para que o enfermeiro propicie a construção da autonomia do outro, ele precisa ter consciência de seu próprio processo de desenvolvimento da autonomia. Assim, desenvolver educação em saúde na perspectiva do crescimento e desenvolvimento da autonomia do outro também envolve ter consciência da sua própria autonomia.

Finalmente, os resultados apontaram para os sentimentos relacionados aos desfechos na prática da educação no cotidiano dos egressos: ao alcançar sucesso em sua prática, eles demonstraram sentimentos de satisfação, porém, quando não obtiveram sucesso, quando sua ação não surtiu efeito ou não fez sentido para o educando, eles demonstraram frustração. Dessa forma, a perspectiva tradicional de educação ganha destaque quando efeitos imediatos são almejados.

Os limites encontrados na presente pesquisa relacionaram-se à população de estudo, pois os resultados também foram relacionados com o currículo integrado que utiliza a educação em saúde como proposta de tema transversal. Indaga-se se as concepções trazidas pelos egressos teriam a mesma interpretação em currículos de outras escolas de enfermagem.

A contribuição deste estudo volta-se para o próprio currículo em estudo e sugere-se que as concepções de educação em saúde sejam aprofundadas no decorrer dos módulos de forma mais explícita, tornando-se claras ao estudante e que se guiem pelos pressupostos do conhecimento pertinente, a fim de que, por meio de um ensino contextualizado, trabalhado de maneira global e na sua multidimensionalidade, possam alcançar a complexidade.

Para tanto, as contribuições esperadas com este estudo voltam-se para um olhar diferenciado no ensino da educação em saúde – tanto para o currículo em estudo, como para outras escolas de enfermagem – para que esta ação passe a acontecer de forma integralizada, em que haja construção dos saberes e compartilhamento das informações. E para que o enfermeiro recém-formado consiga

ter um olhar amplo, considerando o usuário de saúde em seu espaço de convívio, com seu modo de vida, cultura, e saberes. Além de se tornar apto a desenvolver atividades educativas construtivistas, com participação de ambos os lados, ressaltando a importância de trazer a educação em saúde também para a área hospitalar.

#

Referências

9 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, AL; GARCIA, ALS. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 31, p. 155-162, 2009.

AMUI, G.A. Educação musical na educação básica: análise de artigos publicados em periódicos. 2013. 152 fls. **Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás. Escola de Música e Artes Cênicas**. Goiás, 2013.

ANDRIETTA, M. P; MOREIRA, R.S.L; BARROS, A.L.B.L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 6, 08 telas. Nov/Dez, 2011.

BARBOSA, I. A; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 5, p. 546-551. Set/Out, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 229 p. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03. Acesso em: 16 maio. 2016.

BRASIL. MEC. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. 3º e 4º ciclos do Ensino Fundamental. Temas Transversais. Brasília, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacional no curso de graduação em Enfermagem**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**: Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Ministério da Saúde**: Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.

BUDÓ MLD, SAUPE R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 57, n. 2, p. 165-169, 2004.

CARVALHO, B.G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 1, 8 telas. Jan/Fev, 2012.

CARVALHO, B.G.C; MONTENEGRO, L.C. Metodologias de Comunicação no

Processo de Educação em Saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. V. 2, n. 2, p. 279-287. Mai/Ago, 2012.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 53, p. 347-353, 2008.

COSTA, T.V. GUARIENTE, M.H.D.M. Egressos de enfermagem do currículo integrado da Universidade Estadual de Londrina: aprimoramento profissional e científico. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 13, n. 3, p. 487-494. Jul/Set, 2014.

DELLAROZA, M.S.G; VANNUCHI, M.T.O. **O currículo integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do sonho à realidade**. Londrina: Hucitec, 2005.

DESSUNTI, E.M. et al. Contextualização do currículo integrado do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: KIKUCHI, E.M; GUARIENTE, M.H.D.M. **Currículo Integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2 Ed. Londrina: 2014, p. 31-46.

DIAS, A.O; GUARIENTE, M.H.D.M; BELEI, R.A. O enfermeiro recém-graduado e o primeiro emprego: percepções da formação na graduação e da atuação profissional. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v.8, n. 1, p. 19-24. Jan/Abr, 2004.

FALKENBERG, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERREIRA, V.F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. Maio/Ago, 2014.

FERNANDES, W.R. Gestão do Trabalho em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. V. 8, n. 2, p. 115-123. Brasília. Jun, 2014.

FIGUEIRA, A.B. et al. Visão do enfermeiro frente à prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 310-316. Abr/Jun, 2013.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n.2, p.151- 163, 2012.

FROTA, M.A; ROLIM, K.M.C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em foco**. v. 7, p. 15-34, 2016.

GARANHANI, M.L. et al. Integrated Nursing Curriculum in Brazil: A 13-Year Experience. **Creative Education**, v. 4. N. 12, p. 66-74, 2013.

GARANHANI, M.L; VALLE, E.R.M. Educação em enfermagem e currículo integrado. In: **Educação em enfermagem: análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidegger**. Londrina: Eduel, 2010. p. 35-56.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIORDANI, J.N; BISOGNO, S.B.C; SILVA, L.A.A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.

GIROTI, S.K.O; GARANHANI, M.L. Infecções relacionadas à assistência à saúde na formação do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 64-71, 2015.

GIROTI, S.KO. et al. Teaching of Health Care-Related Infections within an Integrated Nursing Curriculum. **Creative Education**, v. 4, n. 12b, p. 83-88. Dez, 2013.

GOMES, L.B; MERHY, E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.7-18. Jan, 2011.

GUARIENTE, M.H.D. M. et al. Seivas no currículo integrado de enfermagem. In: KIKUCHI, M.E; GUARIENTE, M.H.D.M. **Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. Londrina: UEL, 2012. p. 93-128.

HADDAD, A.E. et al. Política nacional de educação na saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, N. 1, p.98-114. Out, 2008.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265. Abr/Jun, 2009.

HOMO COMPLEXUS. Sobre a complexidade da natureza e da condição humana. **Cultural por natureza**, 2009. Disponível em: <http://homocomplexus.blogspot.com.br/>. Acesso em: 24 jul. 2014.

JUNIOR, N.J.L.D. et al. Relatos de experiências vivenciados durante o banho no leito em um hospital metropolitano de Belém, PA. **EFDeportes, Revista Digital**. Buenos Aires, v. 16, n. 155. Abr, 2011.

KIKUCHI, E.M. et al. Avaliação da aprendizagem no currículo integrado. In: KIKUCHI, M. E; GUARIENTE, M.H.D.M. **Currículo Integrado: A experiência do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**. 2. Ed. Londrina: 2012. p. 151-168.

LEITE, M.M.J; PRADO, C; PERES, H.H.C. **Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora**. 1. Ed. São Caetano do Sul. Difusão Editora, 2010. Série educação em saúde.

LEMIEUX, E. **Edgar Morin: Vida y obra del pensador inconformista**. Barcelona: Editora Kairos, 2011. 544 p.

LEONELLO, V.M; OLIVEIRA, M.A.C. Competências para ação educativa da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 16, n. 2. Mar/Abr, 2008.

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n.40, p.235-46. Jan/Mar, 2012.

LORIERI, M.A. **Operadores da Complexidade 3: Princípio dialógico**. 2011. Disponível em: <http://reflexoesdeumprofessor.blogspot.com.br/2011/06/principio-dialogico.html>. Acesso em: 25 set. 2016.

LUCCA, T.R.S. et al. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3. Set, 2016.

ANA, A.C; FILHO, J.B.R. Fragmentação dos saberes na educação científica escolar na percepção de professores de uma escola de ensino médio. **Investigações em Ensino de Ciências**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 125-145, 2012.

FONSECA, M.A. Fraturas em membros inferiores por causas externas: significado para indivíduos hospitalizados. **Revista InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.3, p.4-15. Set/Dez, 2014.

MACEDO, M.M.L. Cuida-me! Percepções de pessoas com úlceras de perna sobre as orientações de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 5, n. 2, p. 1586-1593. Mai/Ago, 2015.

MACIEL, M.E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. V. 14, n. 4, p. 773-776. Out/Dez, 2009.

MARANGON, C.; LIMA, E. Os novos pensadores da educação. *Revista Nova Escola*, São Paulo, n. 154, p. 18-25, 2002.

MENDES, C.V.A. et al. A importância da humanização no atendimento ao paciente hospitalizado. **Revista Farociência**, Porto Velho. v. 2, n. 2. Jul/Dez, 2015.

MERTINS, S.M. et al. Consulta de enfermagem: Um Relato de Experiência. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí, v. 10, n. 20. Jan/Jun, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 Ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 406 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,

2002.

MORIN, E. **O ano zero da Alemanha**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed Revisada. São Paulo: Editora Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 20 Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014. 128p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. Ed. Porto Alegre: Sulina, 2015, 120 p.

MORIN, E; ALMEIDA, M.C; CARVALHO; E.A; Organizadores. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2009. 104 p.

MOURÃO, C.M.L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145. Jul/Set, 2009.

NECHAR, R.M.C. **A complexidade no ensino da homeopatia**. 2009. 117 fls. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

OLIVEIRA, E.R. Currículo, interdisciplinaridade e o pensamento sistêmico novo-paradigmático como inovação no curso de administração. **Revista Pensamento & Realidade**. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 129-150, 2015.

OLIVEIRA, F.F. Educação em saúde no contexto da alta hospitalar de paciente de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Multitexto**, Montes Claros, v. 4, n. 1, 2016.

OPITZ, S.P. et al. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 314-319. Jun, 2008.

PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 454-462. Abr/Jun, 2014.

PEREIRA, E; SOARES, CB; CAMPOS, CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 6. Dez, 2007.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. v. 21, n. 2, p. 629-646. Rio de Janeiro, 2011.

PETRAGLIA, I; BASTOS, C.R.F. Morte, complexidade e educação. **Notandun**

Libro, n. 13, 2009. Disponível em: <http://www.hottopos.com/notand_lib_13/izabel.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2009.

PIEROTTI, I. et al. Currículo integrado de enfermagem: distribuição e avaliação do tema transversal ser humano. **Revista Espaço para a saúde. Londrina**, v.15, n.1, p. 175-184, 2014.

PINTO, H.A.O; GASTALDI, A,B; GARANHANI, M.L. A educação em saúde como tema transversal em um currículo integrado de enfermagem: análise documental. **Revista Espaço para a Saúde**. v. 15, n. 1, p. 476-485. Jun, 2014.

QUEIROZ, B.F.B; GARANHANI, M.L. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 11, n. 4, p. 775-783. Out/Dez, 2012.

RIBEIRO, F.N. Edgar Morin, o pensamento complexo e a educação. *Pró discente*. Vitória. V. 17, n. 2, p. 40-50. Jul/Dez, 2011.

RODRIGUES, A.W. **História em perspectiva**. Qual é a relação de Edgar Morin com o conhecimento histórico? 2011. Disponível em: <<http://www.historiaemperspectiva.com/2011/07/qual-e-relacao-de-edgar-morin-com-o.html>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n, 1, p. 224-230. Jan/Mar, 2013.

SANTOS, D.S; ALMEIDA, L.M.W.S. REIS, R.K. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 47, n. 6, p. 1431-1436, 2013.

SANTOS, S.S.C; HAMMERSCHMIDT, K.S.A. A complexidade e a religação dos saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 4. Jul/Ago, 2012.

SARDINHA, L.P. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Revista eletrônica Enfermería Global**. v. n. 29, p. 324-340. Jan, 2013.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (São Paulo). **Edgar Morin: diários abertos de um humanista**. 2013. Disponível em: http://www.sescsp.org.br/online/videos/15_EDGAR+MORIN+DIARIOS+ABERTO+S+DE+UM+HUMANISTA#/content=sobre>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SILVA, A.C; ZANATTA, E.A. Educação em saúde: percepção de biólogos. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 12, n. 131, p. 177-181. Abr, 2009.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010a.

SILVA, D.G.V. et al. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 2, p. 511-516, 2010.

SILVA, J.P; GARANHANI, M.L; GUARIENTE, M.H.D.M. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 128-134, 2014.

SILVA, J.P; GARANHANI, M.L; PERES, A.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 1, p. 59-66. Jan/Fev, 2015.

SILVA, K.M; SANTOS, S.M.A. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. V. 6, n.2, p. 248-258. Abr/Jun, 2016.

SILVA, L.D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. v. 2, n. 2, p. 412-419. Mai/Ago, 2012.

SOARES, L.C. O nascimento da ciência moderna: os caminhos diversos da revolução científica nos séculos XVI e XVII. In:_____. (Org.). **Da revolução científica à big (business) science**: cinco ensaios de história da ciência e tecnologia. São Paulo: Huicitec, 2001.

SOUZA, L.P.S. et al. Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, 2014.

SOUZA, S.S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. V. 12, n. 3, p. 449-455. Set, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.

SUZUKI, V.F; CARMONA, E.V; LIMA, M.H. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Catálogo dos cursos de graduação**: enfermagem. Londrina, 2016. Disponível em: http://www.uel.br/prograd/?content=catalogo-cursos/catalogo_2016/cursos/enfermagem.html. Acesso em: 11/01/2017.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. V. 17, n.1, p. 133-141. Jan/Mar, 2013.

VILELA P.F; SOUZA Â.C. Liderança e o enfermeiro recém-formado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 591-597. Out/Dez, 2010.

WENDHAUSEN, A; SAUPE, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2013.

#

APÊNDICES

10 APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**“PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ENFERMEIRO RECÉM FORMADO EGRESSO DE UM CURRÍCULO INTEGRADO”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Prática da Educação em Saúde do Enfermeiro Recém-formado egresso de um Currículo Integrado”, realizada com enfermeiros egressos da Universidade Estadual de Londrina-PR. O objetivo da pesquisa é identificar como o enfermeiro egresso tem praticado a educação em saúde em seu cotidiano de trabalho. A sua participação é muito importante e ela se daria através de entrevistas com questões abertas, que serão gravadas. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Após a transcrição do conteúdo gravado, o mesmo será excluído.

O benefício esperado é tornar significativo o ensino desta a fim de transformar a prática dos atuais e futuros graduandos.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: DANIELI JULIANI GARBUIO, RUA ROBERT KOCH, Nº 60, E-MAIL: DANIELIGARBUIO@GMAIL.COM, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável
Danieli Juliani Garbuio
RG 8.862.345-2

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.




Assinatura: _____

#

ANEXOS

11 ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 Universidade Estadual de Londrina		 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small>	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina Registro CONEP 5231			
Parecer CEP/UEL:	200/2013		
CAAE:	18931613.5 0000 5231		
Data da Relatoria:	15/11/2013		
Pesquisador(a):	Mara Lúcia Garanhani		
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem		
Prezado(a) Senhor(a) O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: "CURRÍCULO INTEGRADO DE UM CURSO DE ENFERMAGEM: temas transversais e formação profissional"			
Situação do Projeto: Aprovado			
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.			
Londrina, 18 de novembro de 2013.			
			
Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina			
			